FACULTE de MEDECINE PITIE SALPETRIERE - PARIS VI -

Année 1972 - N° 51

T H E S E

pour le

D O C T O R A T en M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

par

ALAIN CALMAT

né le 31 août 1940 à PARIS XI

Interne des Hôpitaux de Paris

Attaché-Assistant d'Anatomie (CHU PITIE-SALPETRIERE)

Présentée et soutenue publiquement le :

Les Réinterventions dans les Pancréatites chroniques

(à propos de 229 réinterventions
sur une série de 493 observations)

PRESIDENT : Monsieur le Professeur Christian CABROL.

FACULTE de MEDECINE PITIE SALPETRIERE - PARIS VI -

Année 1972- N°

T H E S E
pour le
D O C T O R A T en M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

par

ALAIN CALMAT

né le 31 août 1940 à PARIS XI

Interne des Hôpitaux de Paris

Attaché-Assistant d'Anatomie (CHU PITIE-SALPETRIERE)

Présentée et soutenue publiquement le :

Les Réinterventions dans les Pancréatites chroniques

(à propos de 229 réinterventions
sur une série de 493 observations)

PRESIDENT : Monsieur le Professeur Christian CABROL.

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

En témoignage de mon affection,
je dédie cette thèse

- à mes Parents,
- à ma Femme,
- à mes Enfants,
- à ma Soeur.

A la mémoire de mon Maitre le Doyen Gaston CORDIER

A Mon Maitre,
Monsieur le Professeur Christian CABROL
qui m'a fait le très grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de mon
admiration et de ma profonde reconnaissance.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543514_0004

A mon Maitre,
le Professeur Agrégé Maurice MERCADIER
dont l'illustre expérience de la chirurgie digestive
m'a permis ce travail.

Il m'accueille avec bienveillance dans son Service.

En témoignage de mon respectueux attachement.

A mon Maitre,
le Professeur Agrégé Henri GARNIER

En témoignage de mon admiration
et de mon respectueux attachement.

A mon Maitre,
Le Professeur Agrégé Jean-Paul CLOT

Il a été mon conférencier
Il a largement influencé ce travail.

Qu'il trouve ici le témoignage de ma profonde gratitude pour l'enseignement et les conseils judicieux qu'il m'a toujours prodigués.

A mes Maitres d'Internat des Hôpitaux de Paris -

Au Professeur Charles DUBOST

En témoignage de ma respectueuse admiration.

Au Professeur Georges CERBONNET

Il m'a accueilli avec bienveillance,
et fait profiter de sa grande érudition.

Qu'il trouve ici l'expression de mon respectueux attachement.

A mon Maître,
le Professeur Agrégé Claude HOUDARD

Qu'il trouve ici l'expresion de ma respectueuse gratitude.

A mon Maitre
le Professeur Agrégé Jacques LATASTE

Il est pour moi un exemple.
Il m'a accueilli avec bienveillance.

Qu'il trouve ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

Aux Docteurs

Pierre MOYSE

et

Jacques-Pierre PILLERON

Leur grande expérience et leurs conseils judicieux
ont été pour moi très précieux.

En témoignage de mon respectueux attachement.

A mes Maitres dans les Hopitaux

- Stage :

Mr le Professeur J. LENEGRE (in mémoriam)
Mr le Professeur J. MATHEY
Mr le Professeur J. HAMBURGER
Mr le Doyen G. CORDIER

- Externat :

Mr le Doyen G. CORDIER
Mr le Professeur Agrégé S. BONFILS
Mr le Professeur P. MILLIEZ
Mr le Professeur S. DE SEZE
Mr le Docteur H. LE BRIGAND Chirurgien des Hôpitaux
Mr le Professeur J. HUGUIER

- A la Faculté :

Mr le Professeur C. CABROL

A mes autres Maitres

Mr le Docteur A. TOUPET Chirurgien des Hopitaux
Mr le Professeur C. DE GAUDART D'ALLAINES
Mr le Professeur Agrégé P. BLONDEAU
Mr le Professeur Agrégé A. PIWNICA
Mr le Professeur Agrégé J.P CACHERA
Mr le Professeur Agrégé J. DEMIRLEAU
Mr le Professeur Agrégé G. BOURY
Mr le Docteur J.C DURAND

A mes anciens Conférenciers

Mr le Docteur J.C HESSE
Mr le Professeur Agrégé J.P CLOT
Mr le Professeur Agrégé G. DI MARIA
Mr le Docteur G. SAPORTA

- P L A N -

INTRODUCTION

I - GENERALITES

A-Rappel anatomo-pathologique.
B-Matériel d'étude et définitions.
C-Nombre de réinterventions.
D-Terrain des réinterventions.

II- REINTERVENTIONS "PANCREATIQUES"

A - Résultats globaux.

B - Etudes analytiques en fonction:

1 - des Délais de réintervention-
2 - des Lésions initiales-
3 - des Causes de réintervention -
4 - du Geste initial-

C - Synthèse.

III- REINTERVENTIONS NON PANCREATIQUES

IV- CONCLUSIONS

- INTRODUCTION -

Le traitement des pancréatites chroniques reste très controversé. Après un engouement chirurgical, beaucoup de gastro-entérologues considèrent que cette maladie, de mieux en mieux traitée médicalement, ne doit être opérée qu'exceptionnellement. Un des arguments essentiels qu'ils avancent est la morbidité importante et l'inéfficacité fréquente de cette chirurgie. L'étude des réinterventions pour pancréatite chronique a pour but essentiel de préciser les causes de ces échecs, d'en apprécier le caractère évitable ou inévitable et de tenter d'en tirer une attitude thérapeutique chirurgicale efficace du premier coup, pour permettre l'élargissement de l'indication opératoire.

Cette thèse est basée exclusivement sur l'étude des 229 réinterventions ayant émaillé l'évolution de 155 malades sur une série de 493 malades opérés de première main ou secondairement par le Professeur MERCADIER ou ses collaborateurs. Nous ne ferons donc aucune référence bibliographique.

GENERALITES

PRINCIPALES ABREVIATIONS EMPLOYEES

Type de pancréatite chronique

PC -	Pancréatite chronique
PCA	Pancréatite chronique autonome
PCC	Pancréatite chronique calcifiante
PC NC	Pancréatite chronique non calcifiante
PC de la LB	Pancréatite chronique satellite de la lithiase biliaire.

Gestes opératoires

- Exérèses :
  - PT pancréatectomie totale
  - PPT pancréatectomie presque totale
  - PG pancréatectomie gauche
  - DPC duodéno-pancréatectomie céphalique
- Anastomoses :
  - APD Anastomose pancréatico-digestive
  - AWL Anastomose Wirsungo-jéjunale latéro-latérale
  - APJ Anastomose pancréatico-jéjunale
  - ABD Anastomose bilio-digestive
  - GE Gastro-entérostomie
  - KA Kysto-anastomose
  - KD Kysto-duodénostomie
  - KG Kysto-gastrostomie
  - KJ Kysto-jéjunostomie

Autres abréviations

PK	Pseudo-kyste
S	Sphinctérotomie
FB	Fistule biliaire
FP	Fistule pancréatique.

A. RAPPEL ANATOMO-PATHOLOGIQUE ET ETIOLOGIQUE

I. Anatomo-pathologie

- La pancréatite chronique peut être définie comme la conséquence de phénomènes scléro-inflammatoires intéressant le pancréas. Cette sclérose peut être de type atrophique ou hypertrophique, isolée, ou associée à des précipitations calciques définissant la pancréatite chronique calcifiante (PCC), la lithiase canalaire ne représentant qu'un des aspects de celle-ci (lorsqu'il existe de gros calculs occupant les canaux excréteurs de la glande).

- Dans tous les cas, cette sclérose inflammatoire va retentir:

1) sur le pancréas lui-même, enserrant le Wirsung, pouvant être à l'origine d'une sténose de celui-ci, d'une éventuelle dilatation, en amont d'un obstacle intra-luminal ou extra-luminal.
   Cette dilatation peut réaliser de véritables ectasies communiquant avec le Wirsung ou secondairement exclus.
   Par ailleurs lors de poussées aiguës ou sub-aiguës il peut se former des pseudo-kystes par nécrose du parenchyme pancréatique, communiquant ou non avec le Wirsung, dépassant ou non les limites de la glande.

2) sur les organes de voisinage
   La tête du pancréas contracte des rapports étroits avec l'anneau duodénal et la terminaison des voies biliaires.
   Le corps du pancréas répond directement à la face postérieure de l'antre gastrique et du pédicule spléno-mésentérique.
   Ces rapports permettent de prévoir aisément les conséquences possibles de la pancréatite chronique : sténose du cholédoque terminal avec son retentissement sur l'excrétion biliaire, compression de la région antro-

.../...

pylorique ou du duodénum avec son retentissement sur le libre passage du bol alimentaire, compression puis sténosedu système veineux spléno-portal à l'origine d'hypertension portale segmentaire.
Enfin la proximité des plexus nerveux d'origine splanchnique rend compte de l'importance et de la fréquence des phénomènes douloureux.
Ces manifestations seront plus ou moins importantes suivant le caractère diffus céphalique ou distal de l'atteinte pancréatique

II. L'étiologie des pancréatites chroniques est assez imprécise. Nous mettrons à part les pancréatites chroniques post-traumatiques.

On distingue essentiellement 4 types de PC

1) Les PC autonomes dans lesquelles on distingue :
   - la pancréatite chronique calcifiante (PCC)
   - la pancréatite chronique scléreuse évolutive non calcifiante (PC NC).
2) Les PC satellites de la lithiase biliaire.
3) Les PC d'accompagnement
   simple réaction inflammatoire du pancréas au contact d'un ulcère duodénal ou d'une périviscérite.
4) Les PC par rétention secondaire à un obstacle intéressant l'Oddi ou le Wirsung terminal.

Nous ne ferons qu'évoquer les problèmes de la filiation entre pancréatite aiguë et pancréatite chronique ; celle-ci semble certaine (nous les avons classés dans les pancréatites autonomes).

.../...

B. MATERIEL D'ETUDE ET DEFINITIONS

Cette thèse se propose d'étudier les réinterventions survenues sur 155 des 493 malades opérés pour pancréatite chronique par notre Maitre le Professeur MERCADIER ou ses collaborateurs. Des 493 malades se répartissent ainsi :

I. - Suivant le type de Pancréatite chronique

A- Effectif total

- 306 pancréatites chroniques autonomes (186 PCC / 120 PC NC)
- 181 pancréatites chroniques satellites de la lithiase biliaire.
- 6 pancréatites chroniques d'accompagnement (ulcère duodénal).

B- Les réinterventions ont concerné 155 malades

- 137 PCA (78 PCC / 59 PC NC)
- 16 pancréatites de la lithiase biliaire,
- 2 pancréatites d'accompagnement (ulcère duodénal).

II.- Suivant le type de l'intervention initiale

Nous classons les interventions initiales dans trois groupes suivant que le geste principal est :

1- une exérèse
   - large,
   - partielle.

2- une anastomose pancréatico-digestive
   - AWJ latéro-latérale,
   - APD en sandwich,
   - Sphinctérotomies,
   - Kysto-anastomose.

.../...

3- **Un autre geste**

- Interruption nerveuse
- Drainage pancréatique externe (Wirsung ou PK)
- Drainage biliaire externe
- Anastomoses biliaires et digestives
- Laparotomie exploratrice

A- Les interventions initiales qui ont pu être précisées dans l'effectif total étaient :

- 102 exérèses dont
  - 1 pancréatectomie totale
  - 32 P.P.T
  - 28 D.P.C
  - 41 P. distale
- 50 Anastomose pancréatico-digestives associées ou non à une anastomose bilio-digestive, une dérivation digestive ou les deux
  - 4 anastomoses pancréatico-jéjunales en sandwich
  - 46 anastomoses wirsungo-jéjunales latéro-latérales
- 92 sphinctérotomies
- 21 kysto-anastomoses
- 228 autres gestes dont 16 splanchnectomies.

B- Les interventions initiales qui ont été l'objet de réinterventions étaient :

- 28 exérèses
- 18 anastomoses pancréatico-digestives
- 13 sphinctérotomies
- 10 kysto-anastomoses
- 86 autres gestes dont 7 splanchnectomies.

Au vu de ce paragraphe il apparait que près d'un tiers des exérèses ont été l'objet de réinterventions, alors que 15 % seulement des sphinctérotomies par exemple ont été réopérées. Cette statistique globale ne reflète pas l'efficacité à long terme de l'intervention car il est nécessaire de distinguer d'emblée deux types de réinterventions:

1- Les réinterventions que nous appellerons "extra-pancréatiques" inhérentes à ce type de chirurgie telles
   - complications de toute laparotomie : éventrations, occlusions etc...
   - complications de toute anastomose : lachage, etc...
   - complications des drainages externes ; etc...

2- Les réinterventions que nous appellerons "pancréatiques"
   - soit de nécessité devant:
     . la persistance de la symptomatologie douloureuse invalidante,
     . l'apparition de complications dues à un retentissement local de la sclérose mutilante ou de ses effets.
   - soit de principe :
     . second-look systématique,
     . intervention finale souhaitée n'ayant pas pu être exécutée dans les conditions de la 1ère intervention.

Ainsi ramenés à ces deux composantes nous verrons que les résultats dans chacun des groupes de réinterventions sont très différents. D'emblée on peut dire que :

1- Les interventions majeures sont responsables de beaucoup de réinterventions non pancréatiques mais peu de réinterventions pancréatiques alors qu'il en est exactement le contraire pour les gestes mineurs.

2- Suivant le type de la pancréatite chronique
   - Sur les 137 P.autonomes réopérées
     Dans les PCC : 61 malades ont subi une ou plusieurs réinterventions de type pancréatique,
     17 malades ont subi une ou plusieurs réinterventions non pancréatiques seulement.

...

Dans les PC NC :

- 48 malades ont subi une ou plusieurs réinterventions "pancréatiques".
- 11 malades n'ont subi qu'une ou plusieurs réinterventions non pancréatiques.

Dans les PC satellites de la lithiase biliaire

Sur 16 malades réopérés :

- 11 ont subi une ou plusieurs réinterventions "pancréatiques".
- 5 n'ont subi qu'une ou plusieurs réinterventions non pancréatiques.

Dans les pancréatites chroniques accompagnant un ulcère duodénal 2 malades seulement ont été réopérés pour raisons "non pancréatique".

C. NOMBRE DE REINTERVENTIONS

- Il y a eu 229 réinterventions pour 155 malades.

- Il y a eu 60 réinterventions non pancréatiques.
  - 35 malades ont subi seulement une ou plusieurs réinterventions de ce type.

- Il y a eu 169 réinterventions "pancréatiques".
  - 120 malades ont subi une ou plusieurs réinterventions de ce type.

    Sur ces derniers 120 malades il s'agissait de

    a) 109 pancréatites autonomes dont

    61 PCC

    48 PC NC

    b) 11 pancréatites satellites de la lithiase biliaire.

= Les 61 PCC ont totalisé 86 réinterventions.

= Les 48 PCC ont totalisé 70 réinterventions.

= Les 11 PC satellites de la lithiase biliaire ont totalisé 13 réinterventions.

D. TERRAIN DES REINTERVENTIONS

I.- SEXE

Sur les 493 malades de la série on compte :

- 370 hommes soit 75%
- 123 femmes soit 25%

Sur les 155 malades réopérés on compte :

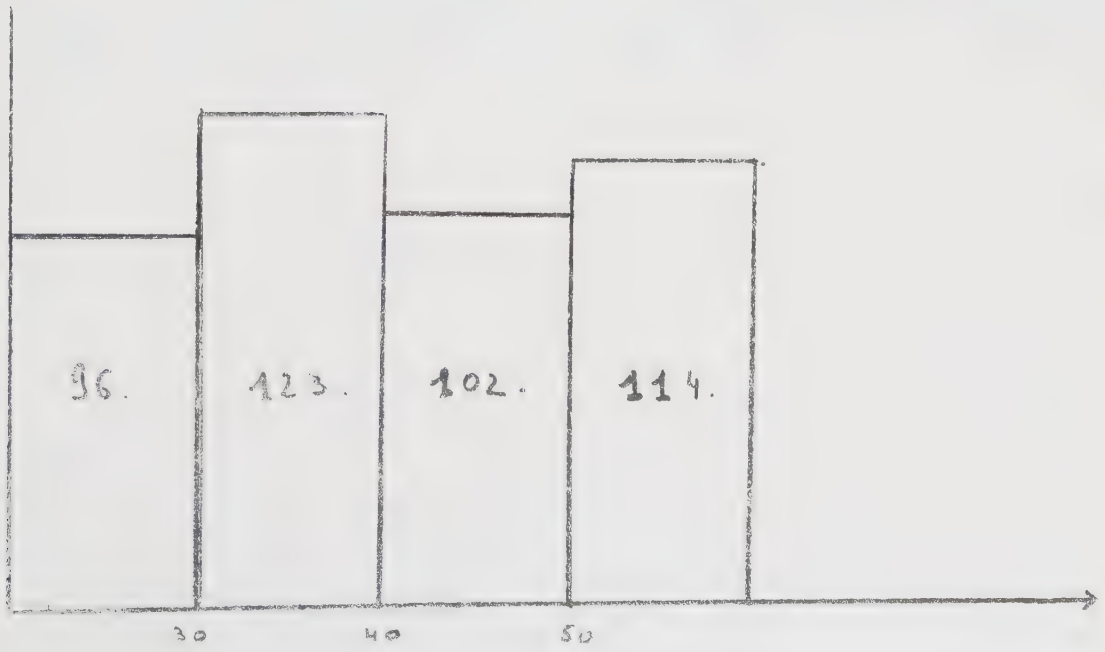
- 143 hommes soit 93%
- 12 femmes soit 7%

On voit donc que proportionnellement les hommes ont été beaucoup plus réopérés que les femmes. Ceci provient essentiellement que chez les hommes on compte une grande majorité de PC autonomes alors que chez les femmes beaucoup étaient des PC de la lithiase biliaire (50% de celles-ci).

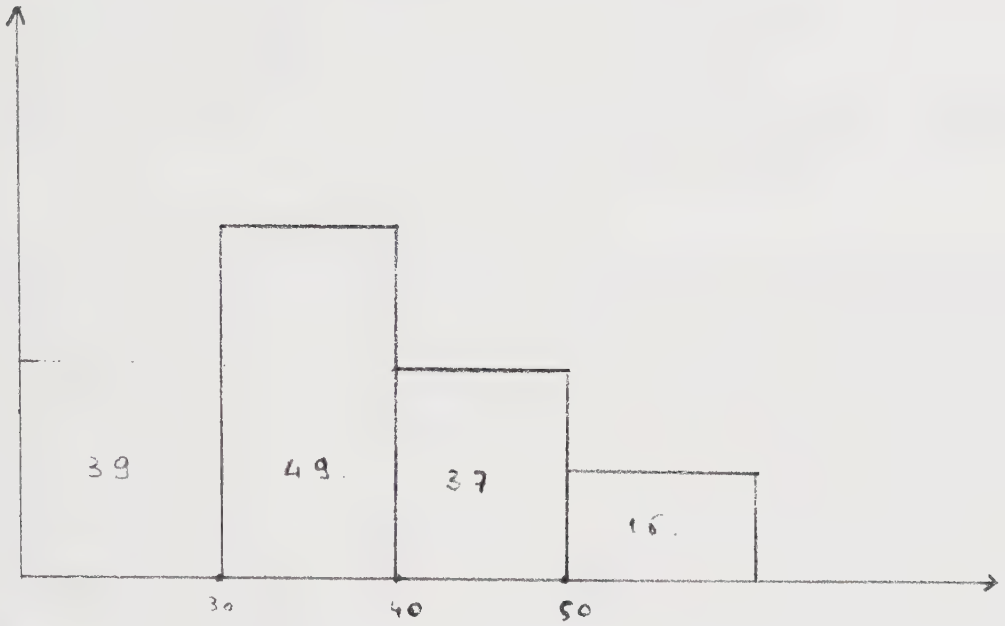
II. AGE de début clinique

Effectif total

(l'age n'a pu être précisé que 425 fois).



Réinterventions



III. ALCOOLISME

Effectif total : 188 alcooliques certains sur 493 soit 38%.

Réinterventions: 70 alcooliques certains sur 155 soit 45%.

La différence est peu significative mais encore en rapport avec la différence de proportion entre le type de PC de l'effectif total et des réinterventions.

.../...

REINTERVENTIONS "PANCREATIQUES"

A RESULTATS GLOBAUX

Sur les 493 malades opérés pour pancréatite chronique, 283 seulement ont pu entrer dans une statistique globale étudiant le résultat à plus d'un an (de I à I8 ans de recul).

Sur ces 283 malades, 78 concernent le groupe des I20 malades ayant subi une ou plusieurs réinterventions "pancréatiques".

Résultat	Effectif total		Malades non réopérés		Malades réopérés	
Très bon	I28	45%	III	54%	I7	2I,8%
Bon	8I	28,5%	59	28,8%	22	28,2%
Moyen	30	II%	I6	7,8%	I4	I8%
Mauvais	44	I5,5%	I9	9,4%	25	32%

- On voit que les résultats très bons sont nettement supérieurs chez les malades non réopérés, mais surtout que la proportion des mauvais résultats s'accroit considérablement X 3,5 chez les malades réopérés, (la proportion de bons résultats étant à peu près la même, les résultats moyens plus fréquents chez les réopérés.)

- En outre, 34 des I02 malades décédés à ce jour sont des réopérés, soit plus du I/3 des décédés, alors que les réopérés ne représentent que le I/4 des malades de la série.

- L'étude de ce tableau permet de considérer les réinterventions "pancréatiques" comme un facteur péjoratif dans le pronostic de la chirurgie pour pancréatite chronique.

B ETUDES ANALYTIQUES

ETUDE ANALYTIQUE SUIVANT LES DELAIS DE REINTERVENTION

I.- Etude du délai entre les réinterventions en fonction du type de PC

Délais de réintervention	Pancréatites autonomes		P. de la lithiase B
	Pancréatites calcifiantes	Pancréatites non calcifiantes	
- I an	I7	27	I0
de I à 3 ans	43	27	2
de 3 à 5 ans	I2	9	I
de 5 à I0 ans	I4	3	-
+ de I0 ans	0	I	-
?	0	3	-
TOTAL	86	70	13

1/ Il apparait que dans les pancréatites calcifiantes le délai de réintervention le plus fréquent est entre I à 3 ans.

- 43/86 : 50% des réinterventions entre I et 3 ans.
- I7/86 : 20% des réinterventions ont lieu avant I an.
- I2/86 : I4% des réinterventions ont lieu entre 3 et 5 ans.
- I4/86 : I6% des réinterventions ont lieu entre 5 et I0 ans.

Dans les pancréatites autonomes-non calcifiantes.

- 27/70 : soit près de 39% des réinterventions ont lieu avant I an.
- 27/70 : également 39% ont lieu entre I et 3 ans.

.../...

- 9/70 : I2% entre 3 et 5 ans.
- 3/70 : 5% entre 5 et I0 ans.
- I/70 : au dessus de I0 ans.
- 3 n'ont pu être précisées.

Dans les pancréatites de la lithiase biliaire-

- I0 sur I3 - soit près de 80% des réinterventions ont lieu dans la même année que la précédente.
- 2 sur I3 - entre 3 et 5 ans.
- I sur I3 - entre 5 et I0 ans.

De tout ceci il apparait que les réinterventions "pancréatiques" sont :

- très précoces dans les réinterventions pour PC de la lithiase biliaire
- un peu plus tardives dans les Réinterventions pour PC NC
- encore plus tardives dans les Réinterventions pour PCC

II.- Etude du délai entre les réinterventions en fonction de la cause de la réintervention

Délai de réintervention	douleurs	ictère	sténose digestive	H.D.	autres causes
- I an	30	I0	5	3	6 (3 fist B, 3 fist P)
à 3 ans	44	I8	4	6	2
à 5 ans	I5	5	I	3	0
à I0 ans	8	2	5	2	0
de I0 ans	I	0	0	0	0

.../...

L'étude de ce tableau suggère d'emblée quelques remarques

- 74 des malades sur 98 réopérés pour douleur l'ont été dans les 3 premières années suivant l'intervention précédente.
- 28 des 35 malades, soit 80%, réopérés essentiellement pour ictère, l'ont été dans un délai inférieur à 3 ans depuis l'intervention précédente.
  C'est donc une complication assez précoce.
- La sténose digestive est survenue 9 fois sur 15, soit 60% dans les 3 premières années ; mais il existe un second pic de 30% dans la période de 5 à 10 ans, suivant l'intervention précédente.
- Les hémorragies digestives ont émaillé l'évolution des pancréatiques chroniques opérées de façon à peu près régulière jusqu'à 10 ans après l'intervention précédente.
- Les autres causes (fistules biliaire ou pancréatiques, second look) ont été responsables de réintervention dans 80% des cas (7 sur 9) dans les quelques mois qui ont suivi l'intervention précédente.

Nous étudierons en détail les causes des réinterventions.

III.- Délai entre les réinterventions en fonction du traitement précédent

Nous appelons traitement précédent :

- le traitement initial s'il s'agit d'une seule réintervention (geste principal).
- le traitement résultant de l'ensemble des traitements précédents en cas de multi-réinterventions.

Délai de réintervention	Exérèse		Anastomose P.D			Sphinct	Kysto-A	autre geste
	partielle	large	simple	GE ou ABD	les 3			
< 1 an	4	2	1	4	1	6	1	35/54
1 à 3 ans	7	5	3	7	1	8	3	38/72
3 à 5 ans	3	1	0	1	0	1	5	11/22
5 à 10 ans	2	0	2	5	0	1	0	7/17
> de 10 ans	1	0	0	0	0	0	0	0/1
?	1	0	0	0	0	0	0	2/3

Ce tableau amène les remarques suivantes :

a) Malades ayant subi un geste mineur

-Dans chaque tranche de délai, il existe une forte proportion de réopérés n'ayant eu que des gestes mineurs.

-Cependant, ces gestes mineurs ont été beaucoup plus facteurs de réinterventions dans la 1ère année qui a suivi cette intervention :

(x.35/59 soit 60% environ des réopérés de la Ière année
xx.alors que ce pourcentage tombe à 55% dans la 2ème tranche
xxx.puis moins de 50% dans les tranches suivantes jusqu'à
I0 ans.)

b) Les malades ayant subi une exérèse partielle sont en majorité opérés entre I et 3 ans après celle-ci; presque tous à moins de 5 ans.

c) Les malades ayant subi une exérèse large sont réopérés essentiellement entre I et 3 ans. Après 3 ans, il n'a été réopéré qu'une PPT sur les 8 réopérées.

d) Les malades ayant subi une dérivation pancréatico-digestive sont en majorité réopérés entre I à 3 ans. Cependant, de même qu'on notait un 2ème pic de réintervention pour sténose digestive entre 5 et I0 ans, on note un pic de 3ème anastomose à cette même période, ce qui est logique.

e) Les sphinctérotomies réopérés l'ont été précocement, entre quelques mois à 3 ans : I4 des I6 réinterv. (près de 90% environ).

f) Les kysto-anastomoses ont mis souvent plus longtemps à être réopérées puisqu'il existe un pic de réintervention entre 3 et 5 ans (30%).

ETUDE ANALYTIQUE des REOPERES en FONCTION des LESIONS INITIALEMENT RENCONTREES

Dans ce chapitre nous avons voulu étudier l'influence des lésions initiales sur les réinterventions :

1/ Localisation de la pancréatite chronique-
- atteinte diffuse
- atteinte céphalique pure
- atteinte distale pure.

2/ La lithiase du Wirsung

3/ La sténose du Wirsung

4/ La présence de pseudo-kystes.

ETUDE ANALYTIQUE en FONCTION des LESIONS INITIALES (ou de la Ière réintervention connue en cas de multi-réinterventions)

I.- L'atteinte pancréatique

Elle a pu être précisée chez 466 malades de la série et chez 88 des I20 malades réopérés pour raison "pancréatique".

L'atteinte diffuse- (nous avons tenu compte des atteintes prédominantes, celles-ci étant incluses dans ce groupe).

- Elle a été observée 60 fois sur 88 réopérés, alors qu'elle représentait 276 cas de la série sur 466.
- 2I,9% des atteintes diffuses ont été réopérées
- sur les 60 atteintes diffuses réopérées, on note :
  54 PC autonomes (36 PCC + II PC NC)
  6 PC de la lithiase biliaire.

L'atteinte céphalique

- Elle a été observée I3 fois sur 88 malades, alors qu'elle représentait I65 cas de la série sur 466, soit 7% des atteintes céphaliques ont été réopérées.
- Sur les I3 atteintes céphaliques réopérées, on note :
  9 PC autonomes (3 PCC + 6 PC NC)
  4 PC de la lithiase biliaire.

L'atteinte distale

- Elle a été observée I5 fois sur 88 malades alors qu'elle représentait 25 cas seulement de la série sur 466.
- 60% des pancréatites distales ont été réopérées.
- Sur les I5 atteintes distales réopérées, on note :
  I5 pancréatites autonomes (6 PCC + 9 PC NC)
  0 pancréatite de la lithiase biliaire.

On voit donc que, selon le siège, c'est la pancréatite distale qui est le plus et de loin sujette à la réintervention (60%) suivie par la pancréatite diffuse (2I;9%) puis la pancréatite

.../...

céphalique (7%).

Le résultat paradoxal vient du fait qu'au sein de chaque localisation, la forme anatomo-pathologique n'est pas la même.

- Exclusivement, pancréatite autonome dans les lésions distales réopérées.
- Pancréatite de la lithiase biliaire en forte proportion dans les pancréatites céphaliques réopérées.
- Pancréatites autonomes en forte proportion dans les pancréatites diffuses réopérées.

Ce n'est donc pas le siège de la pancréatite qui est en soi facteur de réintervention , mais le type de PANCREATITE chronique, responsable du potentiel évolutif de la maladie. (Remarquons qu'au sein des pancréatites autonomes les PCC ont été nettement plus fréquentes dans les pancréatites diffuses réopérées, les PC NC l'ont été plus dans les pancréatites distales pures ou céphaliques pures).

II.- La lithiase du Wirsung

6 malades atteints de lithiase du Wirsung ont été réopérés sur 54 lithiases de Wirsung.

-Les malades avaient subi :

- 2 fois un drainage transpapillaire du Wirsung + sphinctérotomie.
- 2 anastomoses W.J. + ABD.
- I exérèse distale avec APJ (mais pétrification complète du Wirsung).
- I kystogastrostomie.

-Les réinterventions ont été dues à :

- 3 fois persistance des douleurs.
- 3 fois association de douleurs + complications (ictère, hémorragie digestive, récidive de PK).

-Ces réinterventions ont abouti à :

N°28 - splanchnectomie --- Mauvais résultat à 2 ans.

N°I48 - ABD pour ictère --- Mauvais : décédé à 6 mois.

.../...

N°423 - AWJ + splanchnectomie --- perdu de vue
N°I43 - pancréatectomie gauche --- bon résultat à 4 ans.
N°32I - DPC --- Bon résultat à 7ans, puis décédé d'une réintervention pour sténose de l'ABD.
N°90 - GE pour sténose D2 --- échec --- splanchnectomie 6 ans après; mauvais résultat : décédé à 3 ans.

- Sur ces 6 lithiases, 3 ont sûrement eu une <u>récidive</u> de cette lithiase (dans I cas, il est vraisemblable qu'il s'agissait de calculs restants). <u>Les traitements initiaux étaient</u> : I exérèse gauche avec APJ (N°28)
  I AWJ (N°I48)
  I kysto-anastomose (N°I43).

III.- <u>La sténose du Wirsung</u>

a) <u>Sa présence lors de la Ière intervention</u> a pu être notée 24 fois sur les I20 malades.
Selon la forme anatomo-pathologique, <u>il s'agissait</u> :
20 fois de PCC } soit 23 pancréatites autonomes.
3 fois de PC NC }
I fois dans la PC de la LB.

b) <u>Le traitement qui lui a été opposé lors de cette Ière intervention était</u> :

1/ <u>APD</u> - I5 cas
- AWJ ou APJ + ABD : I2 fois
- AWJ + GE : I fois
- AWJ seule : I fois
- AWJ + S : I fois

2/ <u>Sphinctérotomie</u> - 4 cas

3/ <u>Drainage pancréatique externe</u> - 3 cas

4/ <u>Exérèse</u> - 2 cas

<u>Que sont devenus ces malades</u>?

.../...

(1) Les I5 anastomoses pancréatiques digestives avaient toutes été effectuées sur des malades ayant un Wirsung dilaté en amont de cette sténose.

1) Le retentissement sur les organes de voisinage ont conduit à un complément de dérivation

dans 9 cas - 7 sténoses digestives chez les malades ayant subi 2 dérivations (AWJ + ABD)
- I ictère chez un malade ayant subi 2 dérivations (AWJ + GE)
- I sténose digestive chez un malade ayant subi I seule dérivation (AWJ).

Chez ces 9 malades, il a donc été nécessaire d'adjoindre I ou 2 dérivations pour obtenir la triple dérivation pancréatique, biliaire et digestive avec un bon résultat final dans 7 cas (avec un recul de I à 7 ans),
Mauvais résultat dans 2 cas:
- I reprise des douleurs nécessitant une splanchnectomie qui a été inéfficace : perdue de vue.
- I continue à souffrir : toxicomane.

(Notons que sur ces 9 cas, 3 fois l'anastomose pancréatico-digestive était perméable, 0 fois obturée).

2) La douleur- témoin de l'inéfficacité de l'anastomose sur la symptomatologie douloureuse a été à l'origine de 6 réinterventions.
- I PPT avec un bon résultat à moins d'I an
- 2 DPC avec 2 bons résultats à 3 et 7 ans
- I splanchnectomie : résultat moyen à 6 ans
- 2 laparotomies exploratrices : résultat paradoxal : bon à 5 et 7 ans, malgré des lésions très avancées.

(Notons que sur ces 6 cas, trois fois l'anastomose était perméable, 2 fois obturée).

.../...

(2) Les 4 sphinctérotomies avaient été effectuées

- 2 sur un Wirsung sténosé mais dilaté (N°I7 et I28)
  Ils ont du subir chacun une dérivation pancréatique supplémentaire :
  I AWJ (N°I7) perdu de vue
  I kystogastrostomie (N°I28) - bon résultat à 4 ans.

- 2 sur un Wirsung sténosé mais non dilaté (N°I8 et 455)
  Ils ont été réopérés et le traitement a consisté en :
  I splanchnectomie avec un résultat moyen à 6 ans
  I PPT : bon résultat à I an.

(3) Les 3 drainages biliaires externes avaient été effectués

- 2 sur Wirsung sténosé et dilaté
  I a subi une DPC 3 mois après (systématique)(N° 327) bon résultat à I an.
  I a subi une réintervention pour sténose et ictère (N°I89) Il n'y avait plus de distension canalaire lors de la réintervention - Bon résultat à 8 ans.

- 1 sur Wirsung sténosé mais non dilaté (N° 266)
  L'évolution douloureuse a nécessité une PPT puis, la sclérose calcifiante envahissant le moignon de PPT, il a été nécessaire de réaliser une pancréatectomie totale avec très bon résultat à 2 ans :
  - pas de douleurs
  - poids normal
  - diabète équilibré.

(4) Les deux exérèses (pancréatectomies gauches) avaient été effectuées sur un Wirsung sténosé, mais non dilaté.
Elles se sont accompagnées toutes deux d'une APD terminale.

N° 28 : l'évolution douloureuse a nécessité une splanchnectomie droite avec mauvais résultat à 2 ans: toxicomane.

N°455 : l'évolution douloureuse a nécessité une exérèse plus large : PPT - Bon résultat à I an.

Au total : La sténose du Wirsung est un témoin important de l'évolution de la sclérose mutilante de la pancréatite chronique. Son association ou non à une dilatation canalaire est capitale pour le traitement.

a) Si le Wirsung est dilaté, l'AWJ latéro-latérale paraît un bon traitement à la condition toutefois de lui adjoindre une dérivation biliaire et digestive. Certes, la distension de la VBP n'est pas constamment associée, mais la dérivation cholecysto-digestive toujours possible. Les réinterventions ont abouti en grande majorité à la triple dérivation.

b) Si le Wirsung n'est pas dilaté cette anastomose n'est pas possible. C'est l'indication d'une exérèse, car seules celles-ci ont, lors des réinterventions, amené un bon résultat.
La sphinctérotomie, les drainages pancréatiques externes, les interruptions nerveuses, les exérèses partielles ont toutes donné des résultats moyens ou mauvais.
Par contre, 2 PPT ont un bon résultat à I an- et même, I PPT a dû être complétée: La pancréatectomie totale réalisée est un excellent résultat à 2 ans.

IV.- La présence d'un pseudo-kyste

A- 40 malades des I20 réopérés pour raison "pancréatique" présentaient un PK initialement (ou lors de l'intervention précédente en cas de multiréinterventions).

- Ces 40 malades avaient en tout 43 PK-
Il s'agissait de :

1/ selon le caractère communiquant ou non avec le Wirsung:
PK communiquant : I7
PK non communiquant : I2
non précisé : 4

2/ selon le caractère parenchymateux ou extra-parenchymateux
PK intra-parenchymateux : 3I
PK extra-parenchymateux : 7
non précisé : 5

3/ selon le siège du PK

PK céphalique : 20
PK corporéal ou distal : I5
non précisé : 8

- Ces 40 malades représentent 34% des malades présentant un PK initialement (II7 sur les 493 opérés). Si l'on exclut les 22 malades de la série porteurs de PK décédés sans réintervention, on voit que ce sont 40 malades sur 95, soit 42% des malades porteurs de PK qui ont dû subir une ou plusieurs réinterventions "pancréatiques".

On voit donc la fréquence des réinterventions dans les PC avec PK. Le problème qui se pose est de savoir si c'est le PK lui-même qui est à l'origine des réinterventions ou s'il n'est que le témoin de la gravité de la maladie qui, a, par sa symptomatologie douloureuse ou ses autres complications, nécessité une ou plusieurs réinterventions.
Un certain nombre de faits convergent pour faire pencher en faveur de la seconde hypothèse:

1/ le nombre élevé de décès chez les porteurs de PK dans les PC
- 22 sur les 77 n'ayant pas subi de réintervention
- 8 sur les 40 ayant subi une ou plusieurs réinterventions.
- Soit 30 sur II7, soit 26% des PC avec PK, alors qu'il y a I02 décès en tout sur 493-soit 20% des cas.

2/ le nombre élevé des réinterventions"pancréatiques" dans les PC avec PK
- 40 sur I20 - soit 33% des réinterventions.

3/ le nombre élevé des mauvais résultats dans les R. pour PC avec PK
- I4 sur 35 connus - soit 40%.

.../...

4/ Le nombre élevé des PC autonomes par rapport aux PC de la LB

- 39 des 40 malades étaient des P. autonomes
  - 23 PCC
  - I6 PC NC
- I malade seulement était une PC de la lithiase biliaire.

La forte majorité de PK dans la catégorie la plus sévère est un argument supplémentaire pour affirmer qu'il est un élément témoin de la gravité de la maladie.

5/ Enfin et surtout, c'est l'analyse des causes de la réintervention chez ces malades qui emporte la conviction :

— (A)- Sur les 40 malades, 9 seulement ont été réopérés avec une récidive de PK. Ces malades avaient eu les traitements suivants :
- I simple ponction de kyste (N°375)
- 5 simples drainages pancréatiques externes (N°II7, 374, 386, I5I, I55)
- 3 avaient subi une kysto-anastomose (N°443,46I,376) on n'a pas la notion si elles étaient perméables ou non.

= Le malade ayant eu une simple ponction de kyste a subi une :

hémi pancréatectomie gauche

résultat : bon à I an.

= Les malades ayant eu un simple drainage pancréatique externe (ou marsupialisation) ont subi :
-N°II7- 2 ans½ après, récidive de PK traitée par :

kysto-duodénostomie

(Il avait subi entre-temps une splanchnectomie et il n'y avait pas de kyste).

résultat : bon à I an.

-N°374-3 mois après la Ière réintervention, récidive de PK
pancréatectomie gauche avec splénectomie +
kysto-gastrostomie
résultat : bon à I an.

-N°386-7 ans après la Ière réintervention, opéré pour MD.
avec récidive de PK
drainage biliaire externe + GE
résultat : mauvais-décédé dans les suites immédiates.

-N°I55-Réopéré I an après "pour PK"- Il a été opéré la Ière fois dans le service pour 2ème récidive de PK,(3 ans après la Ière récidive) Il a subi une
pancréatectomie gauche
résultat : bon à IO ans.

-N°I5I-Réopéré 6 ans après le drainage pancréatique externe il a subi une
kysto-duodénostomie
résultat : mauvais car a dû subir une nouvelle réintervention pour hémorragie digestive -
pancréatectomie gauche (pas de PK)
résultat : bon à 3 ans.

= Les malades ayant eu une kysto-anastomose

-N°376-Réopéré pour récidive de PK (pas de notion d'anastomose bouchée. Il semble bien que ce soit le même siège). Il a subi une
hémi pancréatectomie gauche
résultat : mauvais - décédé lors d'une nouvelle réintervention pour hémorragie digestive (laparotomie exploratrice).

-N°443-Réopéré pour cette récidive de PK, il a subi une
nouvelle kysto-anastomose : KD + drainage transpapillaire du Wirsung + sphinctérostomie
résultat : mauvais à 5 mois : douleurs ++

-N°46I- Réopéré pour récidive de PK, il a subi une nouvelle kysto-anastomose : kysto-gastrostomie
résultat : mauvais - décédé à 8 ans.

Au total : Ces neuf malades avaient donc subi 9 interventions mineures-

Chez 5 d'entre eux, un bon résultat a été obtenu au prix d'une réintervention qui a été :

- 4 exérèses (P.G.)
- I kysto-anastomose

CHez 4 d'entre eux, un mauvais résultat a été l'aboutissant

- d'I simple drainage biliaire externe + GE.
- de 2 nouvelles kysto-anastomoses chez des malades ayant déjà été traité par cette méthode.
- d'une exérèse (P.G.) qui n'a pas empêché la survenue d'hémorragies digestives (N°376) nécessitant une nouvelle réintervention dans les suites immédiates de laquelle il est décédé.

B Les 3I autres malades qui ont été réopérés ne présentaient plus de PK mais par contre ont été réopérés pour :

- douleurs persistantes	I6 fois
- ictère	4 fois
- sténose digestive	6 fois
- hémorragie digestive	2 fois
- fistule biliaire	I fois
- second look	2 fois

Ces malades avaient subi initialement :

I2 drainages externes du PK { drainage externe ou / drainage transpapillaire

I4 drainages internes { 4 sphinctérostomies { 2 KD / I KJ / 2 KG ; 5 kysto-anastomoses ; 5 AWJ }

I exérèse + drainage interne (KA + APD)

4 autres gestes ne traitant pas le PK. { I simple drainage bilatéral ext. ; I simple ABD ; 2 exploratrices }

.../...

Chez ces 3I malades, le traitement définitif a consisté en

- I4 exérèses : 7 PG avec - 3 bons résultats
  3 mauvais (décès)
  3 DPC avec-2 bons résultats
  2 mauvais (décès)
  4 PPT avec-I bon résultat
  I mauvais (décès)
  2 perdus de vue.

  Soit pour les exérèses : 6 bons résultats (de 4 à 8 ans)
  6 mauvais (6 décès)
  2 perdus de vue.

- 9 ont subi une dérivation pancréatico-digestive associée ou non à une autre dérivation.

  On note pour les APD : 6 bons résultats (de 3 mois à 8 ans
  I mauvais (décédé)
  2 perdus de vue.

- 8 ont subi un autre geste avec :

  • ——→ = 4 bons résultats:
  N°I8- I sphinctérotomie + splanchnectomie (à I5 ans)
  N°I06- I sphinctérotomie + kystoanastomose (à I2 ans)
  N°220- I kystoanastomose + GE (à 6 ans)
  N°494- I sphinctérotomie + ABD(à 2 ans)

  • ——→ = I perdu de vue

  • ——→ = 3 mauvais:
  N°3I5- I ABD + GE (décédé à 2 ans)
  N°50I- I laparotomie + gastrectomie 2/3 pour ulcus, continue à souffrir à 2 ans.
  N°364- continue à souffrir à 2 mois (récusé).

.../...

B- L'apparition de PK entre la Ière intervention et la réintervention est survenue I4 fois.

Elle a fait suite à :

6 laparotomies simples

3 gestes mineurs : 2 splanchnectomies
I drainage biliaire externe

3 exérèses : I PPT
2 PG

2 anastomoses pancréatico-digestives : 2 AWJ + S.

Certes, si l'on peut expliquer la survenue d'un PK, témoin de l'évolution de la sclérose mutilante, après un geste mineur tels les neufs premiers cas, il est bien plus difficile de l'expliquer lorsqu'un geste important a été pratiqué et en particulier une exérèse large PPT (PK développé sur le moignon). Ceci vient corroborer notre opinion : tant qu'il existe du pancréas, celui-ci, dans certaines formes très évolutives reste soumis aux risques de destruction parenchymateuse avec tous les retentissements que cela peut comporter.

CAUSES DES REINTERVENTIONS "PANCREATIQUES"

Nous les avons classées en trois groupes :

I- Reprise de la symptomatologie douloureuse invalidante

II-Retentissement sur les organes de voisinage

- ictère,
- sténose digestive,
- hémorragie digestive.

III-Causes diverses

******

Il est évident que ces causes peuvent être associées mais nous avons retenu comme cause celle qui imposait l'intervention. C'est ainsi que sur 169 réinterventions :

- 98 ont été dues à la douleur isolée (accompagnée ± des autres signes cardinaux de la PC : amaigrissement etc.).
- 30 ont été dues à un ictère, accompagné ou non de douleurs.
- 14 ont été dues à une sténose accompagnée ou non de douleurs.
- 13 ont été dues à la présence d'hémorragies digestives avec ou sans douleurs.
- 4 ont été dues à l'association ictère + hémorragie digestives avec ou sans douleurs.
- 1 a été due à l'association ictère + sténose digestive.
- 9 enfin relevaient de causes diverses.

.../...

Nous allons étudier pour chaque cause :

- son rôle dans les réinterventions,
- sa fréquence en fonction du type de PC,
- les lésions initiales connues,
- l'intervention au décours de laquelle elle est survenue,
- les lésions qui, lors de la réintervention, peuvent l'expliquer, le traitement qui lui a été opposé et le résultat qui s'en est suivi.

I. LA SYMPTOMATOLOGIE DOULOUREUSE ET SON CORTEGE

1- Role de la douleur dans les réinterventions

- elle était présente dans 146 réinterventions sur 16 9.
- elle a été la cause directe de la réintervention 98 fois soit dans près de 60% de toutes les réinterventions pour raison "pancréatique".
- elle a donc été une cause associé e 48 fois soit dans 27% des réinterventions.
- elle n'a pas été en cause dans 21 réinterventions soit dans 13% de celles-ci.
- elle a été 12 fois l'objet d'interventions itératives :
  - 8 fois 2 interventions
  - 1 fois 3 interventions
  - 3 fois 4 interventions

2- Fréquence "Douleur-cause de réintervention" en fonction des types de PC

- 95 fois dans les pancréatites chroniques autonomes sur 156 soit 60%.
  - 50 fois dans les PCC
  - 45 fois dans les PC NC
- 3 fois seulement dans les pancréatites de la lithiase biliaire sur 13 soit 23 %.

On remarque que c'est dans les pancréatites autonomes que cette cause est la plus souvent responsable de réinterventions.

3- Fréquence en fonction des lésions initiales

Pancréas (localisation)	non précisé	47
	atteinte diffuse	40
	atteinte céphalique	7
	atteinte distale	4
Pseudo-kyste		25
Dilatation du Wirsung		7

.../...

Remarquons l'influence de l'atteinte diffuse et de la présence de pseudo-kystes. Ce sont des pancréatites sévères.

Remarquons aussi qu'il s'agit surtout de PC sans dilatation du Wirsung.

4- Fréquence en fonction du traitement précédent

a) Exérèses ⟶			11
	partielle	- DPC ⟶	1
		- PG ⟶	9
	large	- PPT ⟶	1
b) A.P.J avec ou sans autre anastomose			8
c) Sphinctérotomies ⟶			6
d) Kysto-anastomoses ⟶			5
e) Autres gestes ⟶			68

Ce tableau montre d'une façon indiscutable que les réinterventions pour douleurs surviennent en très grande majorité après des interventions initiales mineures. Il révèle aussi la remarquable action des exérèses larges sur la suppression de la douleur.

Au total la grande majorité des réinterventions pour continuation de la symptomatologie douloureuse invalidante a été le tribut : des pancréatites autonomes,
des lésions diffuses avec pseudo-kystes,
ayant subi des gestes mineurs.

C'est dire que deux des trois éléments, qui concourent à la réintervention pour douleurs, n'étant pas évitable (car imputable au génie évolutif de la maladie) il convient de poser dans de tels cas le problème de l'exérèse large d'emblée.

.../...

II. A) Les Ictères

1- Rôle de l'ictère dans les réinterventions

- il a été 35 fois la cause de réinterventions sur 169 : 23%
- Il a été 8 fois cause isolée,
  20 fois associé à des douleurs seulement,
  2 fois associé à une sténose digestive,
  5 fois associé à une hémorragie digestive.
- l'ictère a été 28 fois sur 35 cause de 1ère réintervention, 7 fois seulement il a été cause de 2è, 3è, 4è ou 5è réinterventions.
- il a été 2 fois seulement cause d'interventions itératives (n° 52 et 212).

2- Fréquence de l'ictère-cause de réintervention en fonction du type de PC

- 27 fois dans les PC autonomes sur 156 : 19%
  - 17 fois dans les PCC
  - 10 fois dans les PC NC.
- 8 fois dans les PC de la lithiase biliaire sur 13: 62%.

On remarque que proportionellement c'est dans la PC de la lithiase biliaire que cette cause est la plus souvent responsable de réintervention.

3- Fréquence en fonction des lésions initiales

Pancréas (localisation)	non précisé	17
	atteinte diffuse	12
	atteinte céphalique	(6)
	atteinte distale	0
Pseudo-kyste		6
Dilatation du Wirsung		5
Atteinte de la VBP	- dilatée	(10)
	- sténosée	(7)
	- lithiase	3
	- oddite	2
	- (canal commun)	2

.../...

On remarque la relative fréquence de l'atteinte céphalique (pure ou prédominante)

On note aussi que 10 malades avaient une VBP dilatée, 7 une VBP sténosée. Par ailleurs, sur les 33 malades totalisant ces 35 réinterventions, 14 avaient présenté un épisode ictérique avant la 1ère intervention.

4- Fréquence en fonction du traitement précédent

a) Exérèses ⟶ ⑥
- partielle - DPC ⟶ 1
- PG ⟶ 3
- PPT ⟶ 2

b) A.P.J ⟶ ③
- isolée ⟶ 1
- + GE ⟶ 1
- + sphinctéro ⟶ 1

c) Sphinctérotomie isolée (ou associée à un geste mineur) ⑥

d) Kysto-anastomose ⟶ ②

e) autres gestes ⟶ ⑰
- dont avec ABD ⟶ 6

Ici ce sont encore les gestes mineurs qui ont été à l'origine des réinterventions pour ictère. Remarquons que 6 anastomoses bilio-digestives effectuées n'ont pas empêché l'apparition d'un ictère, de même que 6 sphinctérotomies. Nous allons en voir les raisons en étudiant les lésions rencontrées lors des réinterventions.

5-Lésions rencontrées lors de la réintervention pouvant expliquer cet ictère

Sur les 35 réinterventions,8 n'ont pu être précisées les 27 autres peuvent être classés en 2 groupes :

.../...

A/ Sténose rétro-pancréatique du cholédoque,
B/ Phénomènes inflammatoires.

A/ La sténose rétro-pancréatique

Elle est survenue 20 fois sur les 27 précisés à la suite de :

- 5 exérèses 3 PG
  2 PPT
- 3 anastomoses pancréatico-digestives dont
  1 isolée
  1 avec GE seulement
  1 avec sphinctérotomie.
- 5 sphinctérotomies isolées
- 1 anastomose bilio-digestive simple
- 6 gestes mineurs autres.

Il n'est pas surprenant que tous ces traitements aient pu être suivi d'un ictère sauf dans le cas de l'anastomose bilio-digestive (cholécysto-duodénostomie). Cependant la présence d'une lithiase secondaire de stase dans ce cas montre bien l'inefficacité de cette anastomose.

Pour le reste, disons simplement que le parenchyme céphalique a continué à évoluer vers la sclérose mutilante malgré les traitements plus agressifs dont aucun, cependant, n'a enlevé le parenchyme autour de la VBP.

Les traitements opposés à cet ictère par SRP ont été :

1- 16 anastomoses bilio-digestives dont :
- 2 cholécysto-jéjunales
- 1 cholécysto-gastrique
- 1 cholécysto- duodénale
- 5 cholédoco-jéjunales
- 1 cholédoco-duodénale
- 6 hépatico-jéjunales.

Il n'y a pas eu de récidive d'ictère.

.../...

2- 3 exérèses

1 DPC : pas de récidive d'ictère

1 PG : récidive de l'ictère qui a motivé:

1 PPT : perdu de vue.

3- l'un est décédé en salle d'opération (n° 70).

B/ Les phénomènes inflammatoires

ont motivé 7 fois une réintervention pour ictère. Ces malades avaient subi :

- 4 anastomoses bilio-digestives simples,
- 1 DPC
- 1 sphinctérotomie
- 1 autres gestes.

Ces phénomènes inflammatoires ont consisté en l'existence d'un bloc sous-hépatique comprimant la VBP dans le pédicule, ou l'anastomose lorsqu'elle existait.

Chez ces 7 malades 2 sont décédés en post-opératoire immédiat,

1 n'a pu recevoir aucun traitement devant l'état des lésions : bon résultat à 9 ans,

1 a subi une sphinctérotomie. Bon résultat à 9 ans après une kysto-anastomose supplémentaire 5 ans après,

1 a subi une simple kysto-anastomose : bon résultat à 5 ans après une PG,

1 a subi une gastro-entérostomie : mauvais résultat.

1 a subi une ABD + PG : mauvais résultat à 3 ans.

⟶ On compte 4 mauvais résultats dont 2 décès immédiats,

3 bons résultats.

L'analyse de ces 3 bons résultats à + de 5 ans après geste complémentaire (exérèse 2 fois) ou non, montre que l'ictère pour cause inflammatoire a un pronostic immédiat sévère, en post-opératoire, mais à long terme moins sévère.

Au total

- les réinterventions pour ictères sont survenues en proportion importante dans les PC de la lithiase biliaire mais en proportion non négligeable pour les PC autonomes.

- l'atteinte diffuse est la plus souvent rencontrée mais l'atteinte céphalique pure ou prédominante y est fréquente.

- la cause la plus fréquente en est la sténose rétro-pancréatique du cholédoque, surtout dans les PC autonomes (15 sur 19).

- les phénomènes inflammatoires sont de fréquence égale dans les ictères des PC de la lithiase biliaire et des P. autonomes.

Ces ictères sont survenus essentiellement par manque ou insuffisance d'une anastomose bilio-digestive, temps qu'il convient de réaliser correctement quel que soit l'intervention définitive.

II. B) Les Sténoses Digestives

1- Role de la sténose digestive dans les réinterventions

- elles ont été 15 fois la cause de réinterventions sur 169 : 9%
  - . 3 fois cause isolée,
  - .10 fois associée à des douleurs seulement,
  - . 2fois associée à un ictère.
- elles ont été à l'origine de 12 premières réinterventions, 2 secondes réinterventions, 1 sixième réintervention.
- on ne note aucun cas de sténose itérative.

2- Fréquence de la sténose-cause de réintervention en fonction du type de la PC

- 14 fois dans les PC autonomes sur 156 : 9%
  - . 10 fois dans les PCC,
  - . 4 fois dans les PC NC.
- 1 fois dans les PC de la lithiase biliaire.

Ici encore notons la prépondérance des PC autonomes et dans celles-ci les PCC.

3- Fréquence en fonction des lésions initiales

Pancréas (localisation)	non précisé	2
	atteinte diffuse	7
	atteinte céphalique	5
	atteinte distale	1
Pseudo-kyste		4
Anomalies du Wirsung (sténose juxta-duodénale)		7
Anomalies de la VBP		7
Anomalies radiologiques du T.G.D		7

On remarque la relative fréquence des lésions céphaliques (pure ou prédominante), ceci étant par ailleurs attesté par les

.../...

lésions de la VBP, du Wirsung terminal, et surtout on note que sur le TGD pré-opératoire existaient 7 fois une anomalie :

- compression de D2 4 fois
- rabotage de D2 1 fois
- compression antro-pylorique 1 fois
- compression du corps de l'estomac 1 fois.

4- Fréquence en fonction du traitement précédent

a) Exérèses ⟶ 2
- Partielle PG ⟶ 1
- Large PPT ⟶ 1

b) A.P.J ⟶ 8
- Isolée ⟶ 1
- avec ABD ⟶ 7

c) Sphinctérotomies ⟶ 2

d) Kysto-anastomoses ⟶ 1

e) Autres gestes ⟶ 2

Remarquons la fréquence des doubles anastomoses wirsungo-jéjunales + bilio-digestives qui ont du être complétées par une 3è digestive. Ceci s'explique aisément si l'on considère que ces doubles anastomoses sont survenues sur Wirsung et voie biliaire dilatée donc sur des lésions comprimant les organes en rapport avec la tête du pancréas. Or, le duodénum est aussi en rapport intime avec celle-ci. La survenue plus tardive de la sténose digestive ne doit pas la faire négliger dans le traitement initial. Toute pancréatite chronique opérée nécessitant deux anastomoses, dont une anastomose pancréatico-jéjunale, du fait des lésions rencontrées, doit en faire pratiquer trois.

.../...

5-Lésions rencontrées lors de la réintervention pouvant expliquer la symptomatologie de sténose

a) 5 sténoses de D2
Elles ont nécessité 4 gastro-entérostomies
1 DPC

b) 4 hypertrophies céphaliques sans sténose organique marquée
Elles ont nécessité 3 gastro-entérostomies
1 PPT.

c) 1 sténose antrale
a nécessité une gastro-entérostomie.

d) 1 sténose pylorique
a fait pratiquer une gastro-entérostomie

e) 2 fois on n'a pu retrouvé de lésion anatomique expliquant ce syndrome
1 fois pas de geste digestif,
1 fois gastro-entérostomie.

f) 2 fois non précisé.

Au total la majorité des sténoses digestives sont survenues tardivement. On en distingue deux grands groupes, de pronostic différent :

- 8 cas de sténose survenant après anastomose pancréatico-digestives associées à 1 ABD. Résultat définitif : 8 triples dérivations dont 6 bons résultats
2 mauvais résultats.
- 7 cas de sténose survenant sur pancréatite sans distension canalaire diffuse et ayant nécessité 1 exérèse ou un geste mineur : 6 mauvais
1 perdu de vue.

.../...

II. C) Les Hémorragies Digestives

1- Rôle de l'hémorragie digestive dans les réinterventions

- elles ont été 18 fois cause de réintervention:
  - 13 fois associée seulement à des douleurs,
  - 5 fois associée à un ictère.
- elles ont été à l'origine de 12 premières réinterventions,
  4 secondes réinterventions,
  2 troisièmes réinterventions.
- elles ont été 2 fois à l'origine d'interventions itératives.

2- Fréquence des hémorragies digestives, cause de réintervention en fonction du type de la PC

- 17 fois dans les pancréatites autonomes dont
  - 6 fois dans les PCC,
  - 11 fois dans les PC NC.
- 1 fois dans les pancréatites chroniques de la lithiase biliaire

3- Fréquence en fonction des lésions initiales

Pancréas (localisation)	non précisée	8
	atteinte diffuse	6
	atteinte céphalique	3
	atteinte distale	1
PK		4
Lésions hépatiques		1
H.T.P per-opératoire		3 fois précisée.

On remarque que c'est ici encore l'atteinte diffuse qui prédomine. L'H.T.P est déjà notée 3 fois en per-opératoire.

Signalons que dans la période précédent la première intervention, 4 malades avaient eu des hématémèses (sur les 15 totalisant ces 18 réinterventions), 1 malade avait des antécédents ulcéreux, 2 avaient eu des antécédents de pancréatite aiguë, aucun ne présentait de signes cliniques de HTP.

.../...

4- Fréquence en fonction du traitement précédent

a) Exérèse ⟶ (2)
   - DPC ⟶ 1
   - PG ⟶ 1

b) A.P.J ⟶ (2)
   - isolée ⟶ 1
   - + ABD ⟶ 1

c) autres gestes ⟶ (14)

L'hémorragie digestive survient essentiellement dans les suites de réinterventions "dites mineures" dans 80% des cas.

5- Lésions rencontrées lors de réinterventions pour hémorragies digestives

- l'H.T.P segmentaire est notée avec certitude 6 fois,
- l'existence d'une hémorragie intra-kystique due à une section de l'artère gastro-duodénale par un calcul 1 fois,
- l'existence d'un PK, dont on connait les risques d'hémorragie intra-kystique, est notée 8 fois (dont apparition de PK entre l'intervention précédente et la réintervention dans 4 cas).

Au total les hémorragies digestives ont été 18 fois cause de réinterventions dans les PC.

Il s'agissait essentiellement de pancréatites autonomes, volontiers non calcifiantes, avec présence de PK témoin de la sévérité de la maladie, (de même que l'association fréquente à des douleurs). Cependant on n'a pu retrouver que 6 cas d'H.T.P segmentaire pouvant les expliquer.

La Wirsungorragie a été objectivée 1 fois et le reste a été mal expliqué (on note cependant 1 ulcéreux certain).

Le traitement qui a été effectué lors de ces réinterventions a été :

- Exérèses : 9 fois dont 5 PG
  2 DPC
  2 PPT.

.../...

- A.P.J : 3 fois
- Autres gestes : 6 fois.

Les résultats sont les suivants :
- 4 décès dont 3 exérèses,
- 4 mauvais dont 1 APJ et 3 gestes mineurs,
- 3 non précisés (perdus de vue)
- 7 bons de 8 mois à 11 ans.

Il existe 2 grands groupes de résultats :
- les mauvais : 4 décès + 4 récidives = 5 HTP sur 6 (le sixième étant perdu de vue),
- les bons : 7 malades dont les hémorragies n'ont pas trouvé d'explication en dehors d'1 cas sur de Wirsungorragie et d'1 malade aux antécédents ulcéreux.

.../...

III. Les autres causes de réintervention

1- Les fistules biliaires : 4 cas

- 3 sont survenues après sphinctérotomie avec drainage biliaire externe
  - 2 précoces dans les quelques semaines qui ont suivi l'intervention,
  - 1 ne s'est manifestée que 4 ans après l'intervention.

Il y avait à chaque fois une sténose rétro-pancréatique du cholédoque.
Les interventions ont consisté en :
- 1 exérèse gauche,
- 2 ABD.

2- Les fistules pancréatiques : 3 cas
Elles sont survenues dans les suites de drainage pancréatique externe
- 1 marsupialisation,
- 2 drainages trans-papillaire du Wirsung.

3- Second Look : 2 cas

- Un malade a été repris systématiquement trois mois après un abcès coeliaque drainé. Il a subi une DPC.
- Un malade a été réopéré systématiquement un an après après drainage biliaire et pancréatique externe devant l'apparition de calcifications très importantes. Il a subi une AWJ.

4- Causes diverses
- l'apparition d'une ascite amylase +++ chez un homme atteint de PC NC et auparavant exploré (sans geste pancréatique) fait réintervenir: Il existait un très volumineux PK caudal. Il a subi une spléno-pancréatectomie gauche.
  Bon résultat à 1 an½.

.../...

- Un malade avait été considéré comme K du pancréas lors de l'exploration initiale dans un autre service. La réintervention a consisté en une AWJ + GE dans le Service.
  Perdu de vue

ETUDE ANALYTIQUE DES REOPERES EN FONCTION DE L'INTERVENTION INITIALE

Dans ce chapitre nous avons voulu étudier le devenir des interventions initiales qui ont été l'objet de réinterventions pour suivre "l'histoire naturelle" de ces gestes.

Rappelons que nous avons distingué 3 grands groupes d'intervention initiale suivant le geste principal de cette 1ère intervention :

I. Les exérèses
- droite
- gauche
- PPT

II. Les dérivations pancréatico-digestives
- AWJ(LL) ou APD en sandwich ou termino-terminale
- sphinctérotomie
- kysto-anastomose.

III . Les autres gestes à visée symptomatique
- anastomoses biliaires et digestives
- interruption nerveuse
- drainage panc réatique externe
- drainage biliaire externe
- laparotomie exploratrice.

Dans chaque groupe nous avons étudié :
- la cause de la réintervention (ou des réinterventions)
- le geste qui lui a été opposé,
- le résultat définitif.

.../...

		Total
EXERESES		
DPC	1	
PG	9	13
PPT	3	
A.P.D		
simple	6	
double	9	15
triple	0	
SPHINCTEROTOMIES		12
KYSTO-ANASTOMOSES		8
AUTRES GESTES		72

TABLEAU RESUMANT

LE GESTE INITIAL PRINCIPAL

REALISE

CHEZ LES MALADES DE NOTRE SERIE

Cette histoire naturelle est résumée dans le tableau précédent qui montre que :

I. pour les exérèses

- 13 ont nécessité une ou plusieurs réinterventions sur 128 effectuées dans notre série.
- les exérèses partielles ont nécessité :
  - 1 DPC : 1 réintervention
  - 9 PG : 6 fois une réintervention
    2 fois 2 réinterventions
    1 fois 3 réinterventions.
- les exérèses larges ont nécessité
  - PPT : 3 fois 1 réintervention.

II. pour les anastomoses pancréatico-digestives

1- AWJ ou APD

- 15 ont nécessité une ou plusieurs réinterventions sur effectuées dans notre série.
- Lorsqu'elles étaient isolées elles ont nécessité :
  - 6 fois 1 réintervention.
- Lorsqu'elles étaient accompagnées d'une autre dérivation (ABD ou GE)
  - 8 fois 1 réintervention,
  - 1 fois 2 réinterventions.

- Aucune triple dérivation réalisée d'emblée n'a due être réopérée.

2- Les sphinctérotomies

- 12 ont nécessité une ou plusieurs réinterventions sur les 92 effectuées dans notre série
- 8 ont subi 1 réintervention,
- 4 ont subi 2 réinterventions.

.../...

3- les kysto-anastomoses

- 8 malades des 21 pour lesquels ce traitement avait été le geste le plus important ont du être réopérés,
  - 6 ont subi 1 réintervention,
  - 2 ont subi 2 réinterventions.

III. Pour les autres gestes

Ils totalisent 72 malades réopérés.

Nous détaillerons ici, pour n'en plus parler, leur devenir:

1- Les anastomoses biliaires simples

8 ont du être réopérés sur les 24 de la série :

- 4 une fois
- 4 deux fois.

2- Les anastomoses digestives simples; sur les 10 de la série, 4 ont du être réopérés :

- 2 une fois
- 1 deux fois
- 1 trois fois.

3- La double anastomose biliaire et digestive

Sur les 6 de la série 2 ont du être réopérés 1 fois.

4- La simple dérivation pancréatique externe a été l'objet de réinterventions dans 12 cas sur les 18 de la série :

- 6 ont subi 1 réintervention
- 4 ont subi 2 réinterventions
- 2 ont subi 3 réinterventions.

5- La simple ponction de kyste a été suivie de réintervention 1 fois sur les 2 de notre série.

6- La simple dérivation biliaire externe a été l'objet de réintervention dans 10 cas sur les 86 de notre série :

.../...

. 7 ont subi 1 réintervention,
. 2 ont subi 2 réinterventions,
. 1 a subi 3 réinterventions.

7- La double dérivation pancréatique externe et biliaire externe a été l'objet de réinterventions chez 9 malades sur les 28 de notre série :

. 6 ont subi 1 réintervention,
. 1 a subi 2 réinterventions,
. 2 ont subi 3 réinterventions.

8- La simple laparotomie exploratrice a été suivie de réinterventions dans 22 cas sur les 28 de notre série :

. 17 ont subi 1 réintervention,
. 3 ont subi 2 réinterventions,
. 2 ont subi 3 réinterventions.

Nous mettons un peu à part les splanchnectomies qui ont été l'objet de 4 réinterventions sur les 16 de notre série :

. 4 fois 1 réintervention.

Etudions maintenant en détail le devenir des groupes I et II.

.../...

I. EXERESE D'EMBLEE - REOPEREES

I3 des I02 malades ayant subi une exérèse d'emblée ont été l'objet de réinterventions : I3%.

Ces I3 malades ont totalisé I7 réinterventions:
- I0 n'ont subi qu'une réintervention,
- 2 ont subi deux réinterventions,
- I a subi 3 réinterventions.

Il s'agissait de :
- 9 PCC soit I5% des PCC réopérées
- 4 PC NC soit 9% des PC NC réopérées
- 0 PC de la LB soit 0% des PC de la LB réopérées.

Les exérèses pratiquées étaient :
- 3 exérèses larges : 3 PPT (n°278,300,3I9)
- I exérèse droite : I DPC (n°233)
- 9 exérèses gauches: P distale.

1 - Les exérèses larges

Trois cas.

Terrain : Elles se sont adressées à 3 hommes entre 40 et 60 ans
2 alcooliques certains.

Symptomatologie sévère, évoluant depuis I à I0 ans, avec douleurs intenses, amaigrissement, un diabète.
Complications : deux malades avaient eu des épisodes ictériques l'autre avait une masse abdominale.
La PPT a été décidée devant une pancréatite chronique diffuse sans retentissement canalaire,ni biliaire, ni portal.

.../...

Causes de la réintervention

Les suites opératoires ont été simples mais cette exérèse large n'a pas empêché les 3 fois l'évolution du moignon vers la sclérose et ses conséquences : sténose biliaire chez l'un (SRP)
Sténose biliaire et digestive chez l'autre
PK à l'origine d'1 sténose biliaire chez le troisième.

On a même noté l'apparition de calcifications sur le moignon de PPT chez l'un d'entre eux.

Notons que l'évolution pré-opératoire avait été émaillée d'accidents ictériques chez 2 d'entre-eux alors que la VBP était normale.

Les complications ont nécessité 1 réintervention pour chacun
- 1 dérivation BD (hépatico-jéjunostomie) chez le premier,
- 1 double dérivation (cholédoco-jéjunostomie + GE) chez le deuxième,
- 1 kysto-anastomose chez le troisième (kysto-gastrostomie)

Résultats
- 1 mauvais : décès post-opératoire chez le malade ayant eu une kysto-anastomose,
- 2 bons à 2 et 3 ans avec diabète controlé.

2- L'exérèse droite

Un cas.

Il ne s'agit en fait que d'un malade réopéré après DPC pour raison "pancréatique", appartenant au groupe des PC NC.

N° 233 : femme de 38 ans dont la symptomatologie douloureuse et invalidante a nécessité, après 3 ans d'évolution, l'intervention.
La tête était entièrement détruite par une cyto-stéatonécrose faisant suite à 1 PA vérifiée opératoirement 3 ans auparavant
Le pancréas gauche était ferme et irrégulier.
Cette DPC a eu des suites simples mais, 1 an½ après, la réintervention s'est avérée nécessaire devant la reprise des douleurs et des épisodes d'angiocholite, nécessitant un

complément d'exérèse : pancréatectomie caudale + reprise d'ABD.

Le résultat est mauvais car, après une réintervention "extra-pancréatique", vagotomie pour ulcus peptique, cette malade est décédée 2 ans après la première réintervention d'hémorragies digestives.

3- Les exérèses gauches

9 cas.

Terrain : Elles se sont adressées à 9 hommes de 28 à 50ans dont 5 alcooliques certains.

Symptomatologie : chaque fois pancréatite chronique invalidante sans complications sauf 1 sténose digestive (n° 28)

Type de 1ère intervention :

Il s'est agi de :

- 5 pancréatectomies gauches (caudale ou corporéo-caudale avec ou sans splénectomie) avec dérivation pancréatico-digestive termino-terminale en Y.
- 4 pancréatectomies gauches sans dérivation PD

a) Les 5 PG avec APD ont été décidées devant :

- 3 lésions pancréatiques diffuse mais prédominant à G sans retentissement biliaire ni wirsungien ; c'est le caractère diffus des lésions qui a nécessité une APD.
- 2 lésions pancréatiques diffuses prédominant à gauche avec
  . l'un lithiase du Wirsung et sans retentissement biliaire ;
  . l'autre PK corporéo-caudal avec retentissement sur la VBP et le Wirsung.

Ces 2 derniers malades ont d'ailleurs eu en plus :

. le 1er un drainage biliaire externe : cholécystostomie

. l'autre une kysto-duodénostomie + sphinctérotomie.

Les suites ont été simples mais tous ont nécessité une ou plusieurs réinterventions. 4 ont subi 1 réintervention, 1 a subi 3 réinterventions:

.../...

n° 290 : en quelques mois a développé une pancréatite céphalique importante avec calcifications, formation d'un PK et apparition d'ictère + HTP segmentaire et reprise de la symptomatologie douloureuse nécessitant :
. 1 anastomose bilio-digestive (cholécysto-jéjunale)
. 1 anastomose wirsungo-jéjunale LL.
Ce malade a été per du de vue.

n° 262 : la symptomatologie douloureuse a continuer à évoluer et a été réopéré un an après pour subir :
. 1 anastomose bilio-digestive (hépatico-jéjunale)
. 1 gastro-entérostomie.
Résultat : une autre réintervention a été nécessaire pour raison "extra-pancréatique": ulcus peptique 1 an½ après.
Depuis ce malade a été perdu de vue.

n° 388 : le malade a continué à souffrir puis a développé une sténose digestive obligeant à 3 réinterventions :
. splanchnectomie gauche 7 mois après la première intervention,
. 1 gastroentérostomie 1 an après la deuxième,
. pancréatectomie totale 4 mois après la troisième.
Résultat : perdu de vue.

n°28 : des douleurs persistantes ont nécessité une réintervention après deux mois : splanchnectomie droite.
Résultat médiocre à un an

n° 95 : la survenue d'un ictère par rétention a conduit à une réintervention 4 ans après la première: dérivation bilio-digestive : cholédoco-jéjunostomie LL.
Résultat très bon à trois ans.
Intérêt : inefficacité de la sphinctérotomie.

Au total les 5 exérèses gauches avec APD ont du subir des réinterventions :
. pour simple continuation de la symptomatologie douloureuse.
. pour complications digestives ou biliaires (4 fois)

Ils ont subi (en 7 réinterventions) :

- 2 interruption nerveuses,
- 3 anastomoses BD,
- 2 anastomoses gastro-jéjunales,
- 1 complément d'exérèse (1 P. totale)

Résultats :

- 3 perdus de vue
- 1 très bon
- 1 mauvais.

b) Les 4 PG sans dérivation pancréatique

3 ont subi cette première intervention dans un autre Service.

nº 403 : avait des lésions secondaires à des poussées de PA (pancréas gauche dur, oedémateux et hémorragique) sans retentissement biliaire ou wirsungien noté. Il avait subi une ½PG avec splénectomie + sphinctérotomie.
Malgré cette intervention l'aggravation des douleurs et de l'EG a fait pratiquer 7 mois après un complément d'exérèse : PP^{te}
Résultat : mauvais (décédé 9 mois après).

nº 422 : lésion initiale non précisée. A subi une ½PG avec splénectomie. L'évolution a été très lente mais toujours émaillée de douleurs et poussées de masse épigastrique s'affaissant spontanément. Il a été réopéré 13 ans après la première intervention pour poussée douloureuse avec masse épigastrique, correspondant à un volumineux PK céphalique rempli de pus. Il a été l'objet d'une simple ponction de kyste.
Résultat : va bien 2 ans après ce dernier geste (pas de douleur, diabète équilibré).

nº 311 : lésions initiales non précisées. A subi une pancréatectomie corporéo-caudale, puis, peu de temps après (non précisé),

.../...

il a subi dans le service un complément d'exérèse : PPT.
Trois mois après nouvelle intervention due à une sténose digestive : gastro-entérostomie + vagotomie.
Résultat : mauvais (décédé 1an½ après).

n° 190 : lésions initiales non précisées. Le malade a subi une pancréatectomie distale avec dérivation bilio-digestive non précisée (opéré dans un autre service).
La réintervention a été rendue nécessaire par un ictère et reprise des douleurs en rapport avec une pancréatite céphalique avec calcifications.
Cette évolution a nécessité une exérèse complémentaire : DPC type Child.
Résultat : perdu de vue.

Au total les 4 exérèses gauches sans APD ont été réopérés pour
- continuation de la symptomatologie douloureuse,
- apparition d'un ictère ou d'une sténose digestive,
- apparition d'un énorme PK

Ils ont du subir (pour 6 interventions) :
- 1 simple ponction de kyste,
- 1 anastomose non pancréatique (GE)
- 3 compléments d'exérèse.

Résultats : 2 mauvais,
1 perdu de vue,
1 très bon.

.../...

TABLEAU EXERESES

Int. PPT GESTE	R	DPC GESTE	R	PG GESTE 1° Reint.	R	GESTE 2° Reint.	R	GESTE 3° Reint.	R
ABD	+	PG	-	APA + AWT	?				
ABD + GE	+			ABA + GE	?				
KA	-			EG	-	GE	-	P. totale	?
				ED	-				
				ABD	+				
				PPT	-	GE	-		
				Ponction de kyste	+				
				PPT	-				
				DPC	?				

Au total

1- 13 malades ont subi 15 interventions :
- 3 PPT ont nécessité 3 anastomoses
  - biliaires ou digestives : 2 bons résultats sur 3
  - KA : 1 mauvais résultat : PK.

- 1 DPC a nécessité 1 complément d'exérèse : 1 mauvais résultat.

- 9 PG ont nécessité :
  - 4 compléments d'exérèse : 2 mauvais résultats (2 PPT)
    1 non précisé (DPC)
  - 1 AWJ : résultat non précisé.
  - 6 gestes mineurs : E, ponction de kyste, dérivation non pancréatique : 2 bons résultats,
    3 mauvais résultats
    1 non précisé.

.../...

2- Résultats des réinterventions dans les exérèses ont amené sur les 13 malades

- 4 bons résultats,
- 4 mauvais résultats,
- 5 perdus de vus.

Commentaire

Les exérèses nécessitent peu souvent une réintervention. Quand celle-ci est nécessaire le pronostic est assez mauvais.

II. LES DERIVATIONS PANCREATICO-DIGESTIVES REOPEREES

A. Anastomoses Wirsungo-jéjunales (AWJ) : 13 cas

a) Anastomose wirsungo-jéjunale isolée LL (4 cas) 283, 82, 248, 175.

Terrain : il s'agissait de 3 hommes et d'une femme agés de 36 à 51 ans dont 3 alcooliques.

Symptomatologie : sévère, douloureuse, évoluant depuis 4 à 25 ans (10 ans en moyenne)

Complications : l'un a été opéré en dehors du service, 2 présentaient une HTP dont 1 des hémorragies digestives.

Type de la PC : PCC 4 fois :
- calcifications (diffuses 3 fois
- calcifications (céphalique 1 fois
- 1 PC NC

Les lésions initiales : le pancréas présentait dans les 3 cas vérifiés opératoirement, des lésions diffuses dont 1 fois prédominante à la tête. Le wirsung était dilaté les 3 fois ; 2 fois de façon importante (82, 175). Une fois il était peu dilaté, lithiasique et a subi un forage trans-duodénal, une sphinctérotomie et un drainage de Kehr supplémentaires.
La VBP n'était pas dilatée sauf dans 1 cas (175) auquel a été fait une sphinctérotomie complémentaire pour oddite scléreuse. On note cependant une légère sténose de la VBP rétro-pancréatique chez 1 malade (82) sans dilatation sus-jacente cependant (il a subi une cholécystostomie supplémentaire).

Causes de la réintervention :
- 2 fois : douleurs,
- 3 fois : ictère,
- 1 fois : sténose digestive.

se répartissant comme suit :

- n° 283 : crises douloureuses subintrantes
- n° 175 : crises douloureuses + angiocholite
- n° 148 : ictère
- n° 82 : ictère + sténose digestive.

Geste lors de la réintervention :

- n° 283 : PPT + cholécystostomie
- n° 175 : PPT + cholédoco-jéjunostomie
- n° 148 : anastomose cholédoco-jéjunale + cholécysto-jéjunale
- n° 82 : anastomose cholécysto-gastrique
  anastomose gastro-jéjunale.

Soit au total

- 2 compléments d'anastomose : 2 An.B.D
  1 An. digestive
- 2 compléments d'exérèse : 2PPT
- 1 geste de drainage biliaire externe.

Résultats de la réintervention

- 1 perdu de vue (n° 82)
- 2 mauvais résultats : 1 décès à 6 mois (n°148)
  1 douleurs +++ 2 ans (toxicomane Palfium) n° 175.
- 1 bon résultat à 5 ans (n° 283).

Remarques

2 malades dont la VBP n'atait pas dilatée mais sténosée ont subi dans un délai de moins de 2 ans une anastomose bilio-digestive pour ictère.

.../...

b) Anastomose Wirsungo-jéjunale + dérivation bilio-digestive :
8 cas (n°S 90, 96, 144, 231, 285, 293, 321, 470).
Les 8 fois il s'est agi d'une anastomose cholécysto-jéjunale (dont 1 fois avec sphinctérotomie).

Terrain : il s'agissait de 8 hommes agés de 28 à 49 ans dont 5 alcooliques.

Symptomatologie : sévère avec douleurs intenses chez tous, évoluant depuis 6 mois à 7 ans, sauf chez 2 dont l'évolution avait été plus longue (15 ans et 29 ans).

Complications : 5 ictères,
1 hémorragie digestive,
5 anomalies du TGD (compression de D2 ou antre)
1 PK.

Type de la PC : 1 PC NC
7 PCC avec calcifications, diffuses dans les 7 cas, prédominant à la tête 7 fois.

Les lésions : le pancréas était altéré en totalité dans tous les cas avec une prédominance céphalique 5 fois sur 8.
Le Wirsung était dilaté dans tous les cas. Il y avait une lithiase du Wirsung 3 fois sur 8.
Le cholédoque était dilaté dans 7 cas sur 8.

Causes de la réintervention :
- 2 fois : douleur, avec
1 fois pseudokyste
- 5 fois : sténose digestive,
- 1 fois : hémorragie digestive.

- se répartissant comme suit :
. n° 90 : sténose digestive + douleurs,
. n° 96 : masse abdominale + douleurs,

.../...

- n° 321 : hémorragie digestive par section de l'art. GD par calcul wirsungien;
- n° 231 : sténose digestive,
- n° 285 : sténose digestive,
- n° 293 : sténose digestive,
- n° 144 : sténose digestive,
- n° 470 : sténose digestive.

Gestes lors de la réintervention :

- 6 gastroentérostomies pour sténose D2 ou antrale (90, 144, 231, 285, 293, 470),
  Résultats : 3 très bons à 4 et 5 ans,
  2 décédés à 3 et 5 ans de leur pancréatite chronique, l'un ayant eu à subir une splanchnectomie 7 mois après la 2ème intervention (n° 90);
  1 mauvais résultat à 2 ans (douleurs - Palfium).

- 1 DPC pour hémorragie digestive par section de l'artère GD par un calcul du Wirsung au 15è jour de la 2ème intervention (321).
  Résultat : bon à 7 ans mais décédé lors d'une réintervention pour sténose de l'anastomose bilio-digestive.

- 1 sphinctérotomie avec drainage trans-papillaire du Wirsung pour récidive de kyste communiquant intra-parenchymateux dont l'anastomose WJ primitive n'avait pas arrêté l'évolution (n° 96) malgré la perméabilité de l'anastomose.
  Résultat : mauvais (décédé à 3 ans).

.../...

c) Anastomose Wirsungo-jéjunale + gastro-entérostomie : 1 cas (326)

Terrain : homme de 41 ans alcoolique.

Symptomatologie : douloureuse, sévère, évoluant depuis un an.

Complications : sténose digestive clinique et radiologique.

Forme anatomo-pathologique : PCC
calcifications céphaliques.

Lésions : pancréas atteint en totalité mais prédominance céphalique.
Wirsung dilaté mais VBP normale.

Délai de réintervention : 1 réintervention après 2 ans

Cause de la réintervention : ictère, sans reprise des douleurs.

Geste : sténose et dilatation de la VBP nécessitant 1 anastomose bilio-digestive; hépatico-jéjunostomie.
Résultat : bon à 3 ans.

Remarques : lors de la 1ère intervention la VBP était normale mais la vésicule énorme, flasque, ayant nécessité une cholécystectomie.

.../...

(B) Anastomose pancréatico-jéjunale en sandwich + anastomose cholécysto-jéjunale

2 cas (n°s 161 - 284).

Terrain : il s'agissait de 2 hommes (32 et 51 ans) alcooliques.

Symptomatologie : douleurs intenses évoluant depuis plus de 5 ans.

Complication : 1 pseudo-kyste.

Forme anatomo-pathologique : 2 PCC, calcifications totales dans 1 cas céphaliques dans l'autre.

Les lésions : le pancréas altéré dans sa totalité les 2 fois avec prédominance céphalique les 2 fois, le corps relativement moins atteint 1 fois (161).
1 pseudo-kyste céphalique s'engageant dans la racine du mésentère (n° 284).
Le Wirsung dilaté dans la régionisthmique 1 fois (n° 284), normal 1 fois.
Le cholédoque sténosé 1 fois (n° 284), normal dans l'autre cas mais hypertonie oddienne à 16cm (n° 161).

Causes de la réintervention :
1 fois douleurs
1 fois douleurs + sténose digestive.
- le n° 161 a été réopéré 6 mois après pour crises douloureuses subintrantes.
- le n° 284 a été réopéré 6 ans après pour douleurs et sténose complète de D2.

Gestes : . 1 pancréatectomie des 3/4 (n° 161) avec un résultat moyen à 1 an (douleurs).
. 1 gastro-entérostomie (n° 284) avec un bon résultat à un an (mais diabète).

.../...

⟶ Au total sur 15 malades ayant subi une AWJ et réopérés :

1- 10 l'ont été pour ictère ou sténose digestive ou les 2, suivant qu'ils avaient eu une ABD ou une GE ou aucune de ces dérivations associées au premier geste. La confection de ces anastomoses a amené :
   - 9 triples dérivations en deux temps : AWJ + ABD + GE
     . 6 bons résultats de 1 à 7 ans,
     . 2 mauvais résultats : 1 décédé à 3 ans,
       1 continue à souffrir deux ans après la troisième anastomose.
     . 1 perdu de vue.
   - 1 double dérivation en deux temps : AWJ + ABD
     1 mauvais résultat à 6 mois : décédé.

2- 5 l'ont été pour douleurs seulement
   - 4 ont subi une exérèse :
     . 2 PPT : 1 bon résultat à 5 ans,
       1 mauvais résultat (palfium)
     . 1 DPC : 1 bon résultat à 7 ans,
     . 1 PG : 1 résultat moyen à 1 an.
   - 1 a subi une sphinctérotomie : mauvais résultat (décédé à 3 ans)

La triple dérivation a donc de bons résultats lorsque la réintervention est motivée par une complication mécanique : 6 sur 8.

L'exérèse est le seul recours lors des réinterventions pour douleurs après AWJ ; on obtient 2 bons résultats, 1 résultat moyen, 1 mauvais résultat sur 4 malades.

Les réinterventions dans les anastomoses wirsungo-jéjunales ont amené :
   - 8 bons résultats,
   - 5 mauvais résultats,
   - 1 résultat moyen,
   - 1 perdu de vue.

.../...

C. Sphinctérotomie : 12 cas (n° 17, 423, 136, 346, 455, 18, 217, 85, 36, 472, 494, 500)

Il s'agissait de : 6 sphinctérotomies avec drainage biliaire ext.
6 sph. avec Dr. B ext + Dr. Pancréatique ext.

soit : 12 sur 92 sphinctérotomies soit 13%
12 sur 120 malades ..... soit 10 %

Terrain : 10 hommes, 2 femmes.
- 5 PCC (n°s 17, 423, 136, 346, 455),
- 2 PC NC (n°s 18, 217),
- 5 PC de la LB (n°s 85, 36, 472, 494, 500).

Symptomatologie : douleurs constantes, évoluant depuis 1 an à 7 ans.

Complications :
- 6 présentaient un ictère dont 3 PC satellite de la LB,
- 2 hémorragies digestives (n°s 36 et 217).

Les lésions rencontrées lors de la première intervention étaient :
- atteinte pancréatique diffuse : 8 fois;
- " " céphalique : 3 fois,
- " " non précisé : 1 fois.
- présence d'un PK : 8 fois
- Wirsung sténosé et dilaté en amont : 7 fois
- " Normal ou non précisé : 5 fois.
- laVBP présentait 8 anomalies :
  - il existait une oddite 2 fois,
  - il existait un canal commun 1 fois,
  - elle présentait une sténose rétro-pancréatique 6 fois.

  Son état était 1 fois non précisé.
  Elle était 3 fois normale.

Les causes de réintervention ont été :
- n° 17 : ictère + douleurs après amélioration transitoire pendant 2 ans. Il subit une réintervention après 3 ans : AWJ + ABD (cholysto-jéjunale). Résultat : perdu de vue

//

- n° 136 : Fistule biliaire nécessitant une réintervention 1 an après. La pancréatite avait nettement évolué, la sphinctérotomie était perméable, mais il existait une sténose rétro-pancréatique importante de la VBP. Cette première réintervention comporte :
  - 1 ABD (cholécysto-duodénale)
    Résultat : bon pendant un an puis reprise des douleurs et amaigrissement important nécessitant une deuxième réintervention :
  - pancréatectomie gauche des 3/4
    Résultat : bon pendant deux ans mais décédé d'un accident hypoglycémique.

- n° 346 : fistule biliaire rapide obligeant à une réintervention un mois après la première : Drainage P. ext.
  Résultat : reprise du processus évolutif de la PC avec douleurs, amaigrissement et sténose digestive obligeant à une 2ème intervention un an après : DPC.
  Résultat : mauvais (décédé 3 mois après).

- n° 423 : Reprise des douleurs quelques mois après la sphinctérotomie allant s'intensifiant avec sub-ictère trois ans après amenant à réintervenir : splanchnectomie droite + AWJ.
  Résultat : bon à 2 ans.

- n° 455 : Reprise des douleurs après l'intervention puis apparition de calcifications et accentuation des douleurs nécessitant une réintervention 3 ans après la première :
  - ½ PG avec splénectomie
    Résultat moyen pendant 10 ans (diabète controlé, crises douloureuses, diarrhée intermittente) puis nouvelle accentuation nécessitant une deuxième réintervention :
  - PPT

  Résultat : perdu de vue.

.../...

- n° 18 : amélioration courte (inférieure à 6 mois) puis réapparition des douleurs, amaigrissement, nécessitant une réintervention un an après :
  • splanchnectomie droite
  Résultat : bon à 16 ans (mais amaigrissement de 11kgs et diabète controlé).

- n° 217 : amélioré pendant 2 ans, puis reprise des douleurs, toxicomanie, hématémèses, nécessitant 3 ans après une réintervention :
  • AWJ
  Résultat : mauvais. Aucune amélioration des douleurs amenant une deuxième réintervention un an après :
  • DPC
  Résultat : bon à 1 an ½ après cure de fistule gastro-jéjuno-pariétale.

- n° 36 : reprise des douleurs obligeant à une réintervention 6 mois après : splanchnectomie g.
  Résultat mauvais à 2 mois (persistance des douleurs).

- n° 85 : récidive de l'ictère un an après la sphinctérotomie nécessitant une réintervention : ABD -cholédoco-duodénale-
  Résultat bon à 8 ans.

- n° 472 : syndrome de sténose duodénale obligeant à intervenir un mois après : pas d'explication anatomique. On fait quand même une GE
  Résultat mauvais (décès post-opératoire).

- n° 494 : 4 mois après la sphinctérotomie + Drainage ext. d'un PK réintervention rendue nécessaire par une fistule biliaire intarissable. Il existait une sténose rétro-pancréatique de la VBP nécessitant une ABD (hépatico-jéjunale).
  Résultat : bon à 2 ans.

.../...

- n° 500 : 8 mois après la sphinctérotomie 3 ictères douloureux obligent à réintervenir. Il existe une sténose inflammatoire du cholédoque mais aussi des calculins dans la VBP :
  . une nouvelle sphinctérotomie,
  . un drainage de la VBP par drain de Champeau.
  Résultat : mauvais à 2 ans (apparition d'hématémèses et de varices oesophagiennes). Abstention chirurgicale vu le mauvais état général.

Au total

1- 12 sphinctérotomies sur 92 résumant l'essentiel de l'intervention initiale, ont été l'objet de réinterventions.
Il s'agissait de
. 7 pancréatites autonomes qui ont été l'objet de 10 réinterventions,
. 5 pancréatites de la lithiase biliaire qui ont motivé 5 réinterventions.

2- Ces 12 malades ont totalisé 16 réinterventions
Les causes de cesréinterventions ont été :
- 3 fistules biliaires traitées par
  . 1 ABD : 1 bon résultat
  1 mauvais résultat (nouvelle réintervention)
  . 1 drainage pancréatique externe : mauvais résultat (nouvelle réintervention).
- 3 ictères traités par
  . 1 ABD : bon résultat à 8 ans
  . 1 AWJ + ABD : perdu de vue
  . 1 sphinctérotomie : mauvais résultat (hémorragies digestives) (récusé)
- 1 hémorragie digestive traitée par
  . AWJ : mauvais résultat (nouvelle réintervention).
- 2 sténose digestives traitées par
  . 1 GE : mauvais résultat (décès post-opératoire)
  . 1 DPC : mauvais résultat (décès à 3 mois)

.../...

- 7 reprises des douleurs traitées par
  - 4 exérèses : 2 PG : 1 mauvais résultat à 10 ans (nouvelle réintervention)
    1 mauvais résultat à 2 ans (décédé).
    1PPT : perdu de vue
    1DPC : bon résultat à 1 an ½.
  - 3 splanchnectomies : 2 bons résultats à 2 ans et 16 ans
    1 mauvais résultat à moins d'un an (souffre).

3- Les réinterventions dans les sphinctérotomies ont amené
  - 5 bons résultats
  - 5 mauvais résultats
  - 2 perdus de vue.

Certes, comparé au grand nombre des sphinctérotomies "geste principal" dans les pancréatites chroniques, ce nombre de réinterventions peut paraitre faible : 12 sur 92 soit 13% seulement. Cependant, si l'on analyse le type de pancréatite chronique qui a été l'objet de ce traitement on remarque que

- 63 sur 92 soit 70% des sphinctérotomies ont été faites pour PC satellite de la lithiase biliaire.
- sur les 19 sphinctérotomies réalisées pour PC autonomes 7 ont été réopérés soit 37%.

.../...

D- Les kysto anastomoses : 8 cas (N° I06, 220, 46I, I43, 443, 262, 352, 376)

Elles représentent 8 cas sur 21 kysto-anastomoses de la série soit 35%
8 cas sur les I20 malades réopérés soit 7%

Il s'agissait de : 4 kysto-duodénostomies
2 kysto-gastrostomies
2 kysto-jéjunostomies

Elles étaient accompagnées de : 4 drainages biliaires externes
I gastro-entérostomie.

Terrain : 8 hommes de 38 à 54 ans, dont 4 alcooliques.

Symptomatologie : Elles ont été faites sur des malades présentant tous des douleurs évoluant depuis I an à I3 ans, dont 3 présentaient une masse abdominale.

Complications : 2avaient présenté une hémorragie digestive (N°I43 et 262)
I un ictère (N° 46I)

Forme anatomo-pathologique : Il s'agissait de 5 PCC
de 3 PC NC.

Les lésions étaient :

- pancréas : localisées à la tête 2 fois (I43-220)
diffuses I fois avec prédominance céphalique (I06)
les 5 autres fois non précisées.

- PK
il s'agissait de : 5 PK céphaliques — 4 fois non communiquant
2 isthmiques — 4 fois non précisé
I non précisé

Les causes des réinterventions étaient :

N° 106 : Reprise des douleurs 1 an et 2 mois après une KD, nécessitant une réintervention ; on a pratiqué :

sphinctérotomie + drainage trans papillaire du Wirsung + Dr B. ext.

Il n' y avait plus de PK, mais la PC avait continué à évoluer.

Résultat : Bon à 12 ans.

N° 220 : Sténose de D2 survenant 4 ans après KG. réintervention:

gastro-entérostomie

Il n'y avait plus de PK.

Résultat : Bon à 6 ans.

N° 461 : Douleurs + masse abdominale nécessitant 4 ans après une KD. réintervention :

récidive de PK ayant nécessité

1 KG + sphinctérotomie

Résultat : malade perdu de vue.

N° 143 : Douleurs amenant 2 ans après une KG. une réintervention:

pancréatectomie gauche des 3/4

Résultats : moyen à 4 ans (douleurs + arrêt de travail)

N° 443 : Douleurs + masse récidivante au bout de 3 mois.

après KD, la réintervention a comporté :

1 KG + Dr. W. transpapillaire + Santorini

Résultat : mauvais à 5 mois (hospitalisé pour douleurs)

.../...

N° 262 : Douleurs survenant I an après KD + GE nécessitant I réintervention ; on a exécuté une

pancréatectomie gauche des 3/4

(Il n'y avait pas de récidive du PK, mais important développement d'une HTP segmentaire, et une lithiase du Wirsung)

Résultat : mauvais : décédé dans les suites opératoires.

N° 352 : Douleurs + ictère survenant au décours d'une KJ, imposant une réintervention 3 ans après la première :

ABD + splanchnectomie gauche

Résultat : mauvais car reprise des douleurs et hémorragies nécéssitant une 2ème réintervention:

PPT

Résultat:mauvais (décédé en post-opératoire).

N°376 : Douleurs + épanchement pleural survenant chez un malade opéré I an auparavant d'I PK.
Il avait subi une KJ. Il a dû être réopéré :

sphinctérotomie + Dr. transpapillaire du W.

Résultat : Mauvais à 6 ans (toxicomanie, douleurs ++) nécessitant une réintervention :

pancréatectomie gauche

Résultat : mauvais (décédé dans les suites d'une laparo 2 ans après.

Au total : 1/ les 8 malades ayant subi une kysto-anastomose comme première intervention ont dû subir IO réinterventions en tout.

.../...

2/ Les réinterventions ont consisté en :

- 2 sphinctérotomies + Dr.transpapillaire I résultat bon à I2 A
  I mauvais
- 2 nouvelles kysto-anastomoses : mauvais résultat.
- 4 exérèses : I résultat moyen à 4 ans
  3 mauvais résultat (3 décès)
- I ABD - mauvais résultat
- I GE - bon résultat à 6 ans.

3/ Les réinterventions dans les kysto-anastomoses ont amené :

- 2 bons résultats
- 4 mauvais résultats
- I résultat moyen
- I perdu de vue.

C SYNTHESE

Le pronostic des réinterventions peut être globalement apprécié en fonction de ces 3 données -

1/ Les lésions
- l'atteinte diffuse
- la présence de PK
- l'absence de dilatation canalaire

sont des facteurs de gravité indiscutables.

2/ La cause clinique
- la douleur est de très mauvais pronostic
- l'ictère peut avoir une double signification : sténose rétro-pancréatique, plus grave à long terme que les phénomènes inflammatoires plus graves à court terme.
- la sténose digestive dont la survenue précoce est plus péjorative qu'à longue échéance.
- les hémorragies digestives dont celles témoin de l'HTP segmentaire sont de très mauvais pronostic, les autres beaucoup moins graves.

3/ Le geste initial
- conditionne en grande partie le nombre des réinterventions. Il ne doit pas être jugé isolément car il est bien évident que son résultat sera différent suivant le type de pancréatite et les lésions auxquels il est opposé.

D'une façon générale
- Les gestes mineurs sont beaucoup plus facteurs de réintervention que les anastomoses. Celles-ci le sont encore plus que les exérèses.

.../...

Quels sont les résultats de ces interventions dans chaque type de pancréatite chronique?

I°- Dans les PCC : (6I malades)

A/ La chirurgie à minima : (28 malades)

- ont été l'objet de : 42 réinterventions.
- ont abouti à : I6 exérèses
  0 (1) dérivation (APJ)
  7 (2) dérivations
  0 (3) dérivations
  5 autres gestes.

- Résultats
  - mauvais 7 (dont 5 décès)
  - moyens 2
  - bons I5
  - perdus de vue 4

B/ Les dérivations pancréatico-digestives : (24 malades)

- ont été l'objet de 32 réinterventions
- ont abouti à II exérèses
  2 (2) dérivations
  8 (3) dérivations
  3 autres gestes.

- Résultats
  - mauvais I0
  - moyens 2
  - bons 9
  - non précisé 3 fois.

C/ Les exérèses : (9malades)

- ont été l'objet de I2 réinterventions
- ont abouti à 2 compléments d'exérèse
  7 gestes complémentaires.

- Résultats
  - mauvais 4 (à 2 ans)
  - bons 2 (à 2 et 3 ans)
  - perdus de vue3(dont les 2 compléments d'exérèse)

.../...

II°- Dans les PC NC : (48 malades)

A/ la chirurgie à minima : (38 malades)

- ont été l'objet de 58 réinterventions
- ont abouti à I9 exérèses
  3 dérivations (APJ)
  I6 autres gestes.

- Résultats
  - mauvais I0 (dont 4 décès)
  - moyens 3
  - bons I4 (de I à II ans)
  - perdus de vue II

B/ Les dérivations pancréatico-digestives :(6 malades)

- ont été l'objet de 7 réinterventions.
- ont abouti à I exérèse
  0 (2) dérivations
  I (3) dérivations
  4 autres gestes.

- Résultats
  - bons 4 (de I à I6 ans)
  - mauvais I
  - perdu de vue I

C/ Les exérèses : (4malades)

- ont été l'objet de 5 réinterventions
- ont abouti à 3 compléments d'exérèse
  I geste complémentaire

- Résultats
  - bon I (à 2 ans)
  - mauvais 3 (les 3 compléments d'exérèse)

.../...

III°- Dans les PC de la lithiase biliaire :(II malades)

A/ La chirurgie à minima : (6 malades)

- ont été l'objet de 8 réinterventions
- ont abouti à I exérèse
  2 dérivations (APJ)
  3 autres gestes
- Résultats { bons I (à 7 ans)
  { mauvais5 (dont 3 décès)

B/ Les dérivations pancréatico-digestives : (5 malades)

- ont été l'objet de 5 réinterventions
- ont abouti à 0 exérèse
  I double dérivation
  4 autres gestes
- Résultats { bons 2 (à 2 et 8 ans)
  { mauvais 3

C/ Les exérèses : 0

REINTERVENTIONS "NON PANCREATIQUES"

LES REINTERVENTIONS "NON PANCREATIQUES"

Elles sont survenues sur 60 malades-

35 n'ont subi qu'une ou plusieurs réinterventions de ce type.

25 ont subi en plus des réinterventions de type "pancréatique"

On les distingue en réinterventions précoces et tardives

I°- Réinterventions précoces survenant dans les suites post-opératoires immédiates ou dans un délai de quelques mois (mais ayant alors évolué d'un seul tenant depuis la période post-opératoire).

a) On note : 29 interventions de ce type dûes à :

9 collections sous-phréniques
3 fistules biliaires
3 fistules pancréatiques
2 fistules digestives
2 hémorragies intra-péritonéales
I péritonite par lachage d'anastomose
2 nécroses des voies biliaires
2 nécroses coliques
I nécrose de la tranche pancréatique.
(I volvulus gastrique
(I embolie septique artérielle
4 autres causes (I étranglement d'épiplon dans l'orifice de
(drainage
(I occlusion post-opératoire précoce.

.../...

b) les causes sont survenues après les gestes suivants :

1/ Collections sous-phréniques { 7 exérèses ; I sphinctérotomie ; I drainage biliaire et pancréatique externe.

- N° I67 PG
- N° 264 PPT
- N° 359 PPT
- N° I02 DR B. ext. et P. ext.
- N° 323 DPC
- N° 262 PG
- N° 374 PG
- N° 346 S
- N° 66 DPC

2/ Fistules biliaires

- N° I47 sphinctérotomie
- N° 2I6 ABD
- N° 46I kysto-anastomose + drainage B.ext.(cholecystostomie).

3/ Fistules pancréatiques

- N° 26I PPT
- N° I28 sphinctérotomie + ouverture du Wirsung et fermeture sans anastomose
- N° I5I drainage externe de PK

4/ Fistules digestives

- N° 2I7 DPC
- N° 272 DPC

5/ Hémorragie intra-péritonéale

- N° 2I9 PPT
- N° 304 DPC

.../...

6/ Péritonite par lâchage de sutures

- N° 309 AWJ

7/ Nécrose des voies biliaires

- N° 6I PG (vésicule)
- N° 352 PPT (canaux hépatiques)

8/ Nécrose colique

- N° 203 DPC
- N° 324 PPT

9/ Nécrose de la tranche pancréatique

- N° 365 PG

IO/ Les autres causes sont survenues après :

- 2 exérèses (I PPT
  (I PG
- I splanchnectomie
- I double dérivation.

c) Les réinterventions précoces "non pancréatiques" ont été dûes (sur 29 cas)

- I9 fois à une exérèse -(soit 60%)
- 3 fois à une dérivation
- 2 fois à une sphinctérotomie
- 3 fois à un drainage externe
- I fois à une wirsungotomie
- I fois à une simple splanchnectomie

La morbidité précoce est donc essentiellement le fait des exérèses; dans celles-ci :

- 7 PPT sur les 40 réalisées dans la série
- 5 DPC sur les 39 réalisées dans la série
- 7 PG sur les 49 réalisées dans la série.

.../...

soit I9 exérèses sur I28 ont nécessité une réintervention précoce pour complication post-opératoire - soit I5 %.

- 7 collections sous-phréniques
- I fistule pancréatique
- ? fistules digestives
- ? hémorragies intra-péritonéales
- ? nécroses biliaires
- ? nécroses coliques
- I nécrose pancréatique
- ? causes diverses

La mortalité post-opératoire précoce de ces exérèses réopérées est élevée, 5/I9 - soit 25 %.

2°- Les réinterventions tardives

Elles sont survenues de quelques mois à plusieurs années après l'intervention initiale, mais toujours après un épisode de rémission.

On note 3I interventions de ce type

- I6 éventrations
- 3 occlusions
- I suppuration pariétale
- 2 collections sous-phréniques
- 4 ulcus (3 duodénaux et I de l'oesophage)
- ? ulcus peptiques (I DPC, I GE)
- I angiocholite (sténose de l'ABD)
- I lithiase biliaire secondaire
- I péritonite biliaire inexpliquée

CONCLUSIONS

CONCLUSIONS

- Les réinterventions dans les pancréatites chroniques ne sont pas rares : 229 sur 493 opérés.

- Leur signification est très variable.

  - Certaines sont inhérentes à ce type de chirurgie et reflètent la morbidité de l'intervention.
    Les gestes importants (exérèses) ont une morbidité beaucoup plus conséquente que les gestes mineurs.

  - Les autres (réinterventions de type pancréatique) sont de loin les plus fréquentes. Elles sont dues à la persistance ou à l'aggravation de la symptomatologie pré-opératoire, ou à l'apparition de complications mécaniques (compression biliaire, digestive ou portale).

    - Certaines de ces réinterventions surviennent malgré un traitement chirurgical important d'emblée ; mais la plupart sont dues à une insuffisance de la première intervention par appréciation incorrecte des lésions initiales ou du génie évolutif inhérent au type de pancréatite chronique.
    - Les réinterventions après exérèse surviennent essentiellement après pancréatectomie gauche pour pancréatite distale, beaucoup moins après PPT, très peu après DPC.
      Ceci se comprend très bien lorsque l'on sait que la tête du pancréas restant après PG, n'est jamais totalement saine et qu'elle garde tous ses droits à l'évolution vers la compression digestive, biliaire et portale, de même que le moignon d'une PPT, tandis que le pancréas gauche restant après une DPC est moins susceptible d'entrainer des complications.
    - Les réinterventions après anastomoses pancréatico-digestives sont essentiellement des compléments de dérivation.
      Une simple anastomose wirsungo-jéjunale (qui d'ailleurs n'est techniquement possible que sur wirsung dilaté) ne

saurait éviter une sténose digestive ou une sténose biliaire. Ce qui explique que nombre d'anastomoses simples ou doubles nécessitent des réinterventions pour en arriver finalement à la triple dérivation. Lorsqu'elle est techniquement possible, cette intervention a de bons résultats.

- Les réinterventions après "autres gestes" sont de loin les plus fréquentes et sont motivées par toutes les sortes de causes.

Certes, certaines statistiques font état de bons résultats après ces interventions :

Les drainages de pseudo-kyste ou du Wirsung sont considérés par certains comme ayant les meilleurs résultats en matière de chirurgie de la pancréatite chronique. L'étude que nous venons de faire ne nous fait pas partager cette opinion. Certes, de bons résultats ont pu être obtenus par ces gestes, mais il nous apparait évident qu'un geste mineur ne peut avoir d'efficacité que sur des pancréatites chroniques mineures, chez les quelles l'indication opératoire était peut-être souvent discutable.

Dans le cas de pancréatites sévères avec symtomatologie douloureuse invalidante et atteinte de l'état général, cette chirurgie est illusoire car ces cas correspondent le plus souvent à une pancréatite autonome, volontiers calcifiante, diffuse, avec Wirsung peu dilaté, pseudo-kystes. Dans de tels cas, il semble logique de poser d'emblée le problème d'une exérèse adaptée à la topographie des lésions et ne pas se contenter de gestes mineurs dont on a vu le devenir. Il n'est pas aberrant de penser que devant une forme sévère sur le plan clinique et anastomo-pathologique, l'exérèse totale d'emblée puisse être proposées après échec du traitement médical.

Au total, il apparait que si c'est la clinique qui porte l'indication, c'est l'anatomo-pathologie macroscopique et le type de PC qui imposent le type d'intervention. Dans la chirurgie de la pancréatite chronique il faut beaucoup faire ou ne rien faire.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR DE L'ACADEMIE DE PARIS

Le Doyen de la Faculté
de Médecine Pitié-Salpétrière
P. CASTAIGNE

Le Président de la Thèse
C. CABROL